



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

HELENA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO

INGESTÃO DE FLÚOR DE DENTIFRÍCIO EM PRÉ-ESCOLARES

CAMPINA GRANDE

2011

HELENA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO

INGESTÃO DE FLÚOR DE DENTIFRÍCIO EM PRÉ-ESCOLARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPB, como pressuposto parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Professora Doutora Ana Flávia Granville-Garcia

Co-Orientadora: Professora Doutora Jainara Maria Soares Ferreira

CAMPINA GRANDE

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

N244i Nascimento, Helena Aguiar Ribeiro do.
Ingestão de flúor de dentifrício em pré-escolares.
[manuscrito] / Helena Aguiar Ribeiro do Nascimento. – 2011.

22 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Ana Flávia Grancille-Garcia, Departamento de Odontologia”.

1. Odontologia. 2. Higiene bucal em crianças. 3. Ingestão de fluor. 4. Fluorose dental. I. Título.

21. ed. CDD 617.601

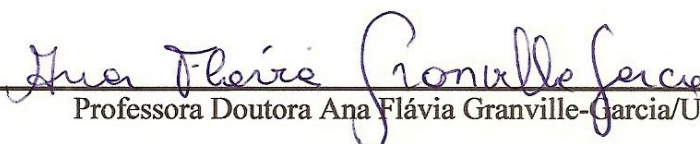
HELENA AGUIAR RIBEIRO DO NASCIMENTO

INGESTÃO DE FLÚOR DE DENTIFRÍCIO EM PRÉ-ESCOLARES

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UEPB, como pressuposto parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

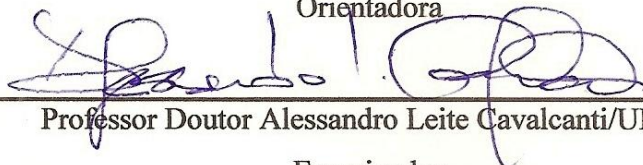
Aprovado em 29/11/ 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA



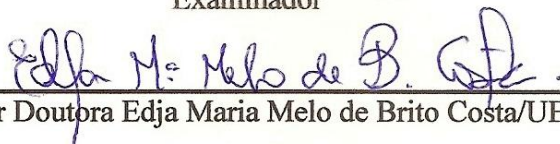
Professora Doutora Ana Flávia Granville-Garcia/UEPB

Orientadora



Professor Doutor Alessandro Leite Cavalcanti/UEPB

Examinador



Professor Doutora Edja Maria Melo de Brito Costa/UEPB

Examinadora

SUMÁRIO

RESUMO	05
1 INTRODUÇÃO	06
2 REFERENCIAL METODOLÓGICO	06
3 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA	07
4 CONCLUSÃO	12
ABSTRACT	13
REFERÊNCIAS	14
ANEXOS	17

Ingestão de flúor de dentifrício em pré-escolares

do Nascimento, Helena Aguiar Ribeiro

RESUMO

O objetivo do presente trabalho foi estimar a ingestão de flúor de dentifrícios utilizados por crianças de 02 a 06 anos de idade em um hospital, na cidade de Campina Grande, PB, Brasil. A amostra foi calculada a partir de uma população de 825 crianças atendidas mensalmente, constituindo-se de 87 crianças, sendo considerado o grau de confiança de 95%, erro de 10% e poder de 50%. Os dados foram obtidos através de uma entrevista com formulário específico, aplicado aos pais/responsáveis, sobre aspectos relacionados aos dados sócio-demográficos e escovação dentária das crianças. Em adição, verificou-se a quantidade de flúor utilizada na escovação da criança, por meio de balança de precisão, para avaliação do risco de fluorose dentária, considerando o ponto de corte 0,07mgF/kg peso corporal/dia. Os dados foram trabalhados sob a forma de estatística descritiva e inferencial (Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher), com nível de significância de 5%. Levando-se em consideração o uso do dentifrício, o risco de fluorose das crianças pesquisadas foi 37,9%. Além disso, houve associação significativa entre o risco de fluorose, a escolaridade do responsável, a idade da criança, a frequência de escovação e quem realiza a higiene bucal da criança ($p < 0,05$). Concluiu-se que elevada parcela das crianças apresentou risco de fluorose, usando o dentifrício de forma inadequada.

PALAVRAS-CHAVE: Dentifrícios. Fluoretos. Criança. Fluorose dental.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observou-se um declínio mundial na prevalência e severidade da cárie dentária, até mesmo em países de economia de mercado instável (1). Em contrapartida, simultaneamente a essa redução, tem ocorrido um aumento da fluorose dental, em localidades onde a água de abastecimento público não é fluoretada (2,3).

Uma das medidas mais amplamente aceita para o controle da cárie é a escovação com dentifrícios fluoretados, visto que associa a remoção mecânica do biofilme dentário com as propriedades terapêuticas do flúor (4). Para que um creme dental tenha potencial anticárie deve apresentar fluoreto (F) na concentração mínima de 1000 ppm, o qual deve estar solúvel na formulação (5).

Portanto, se utilizado em níveis ideais, o flúor apresenta efeitos altamente benéficos na prevenção e controle da cárie dentária (6). Contudo, se ingerido em doses excessivas e com elevada frequência, na época da formação dos dentes, o halogênio pode levar ao aparecimento de alterações estruturais de desenvolvimento conhecidas como fluorose dentária, caracterizada por manchas no esmalte (7).

A associação entre o uso precoce de dentifrícios fluoretados e a prevalência de fluorose dentária está amplamente relatada na literatura, em regiões fluoretadas e não fluoretadas (8-11). A ingestão de creme dental fluoretado antes dos 6 anos de idade é apontada como um dos principais fatores de risco para fluorose dentária (8,12).

Diante do exposto, este trabalho objetiva estimar a ingestão de flúor do dentifrício utilizado na idade pré-escolar, considerando o risco de fluorose dentária diante de uma ingestão crônica inadequada deste produto.

2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Foi realizado um estudo transversal, incluindo crianças na faixa etária de 02 a 06 anos que estavam aguardando consulta médica em um hospital localizado na cidade de Campina Grande, PB, Brasil. A amostra foi calculada pelo programa estatístico Epi Info 6.04, a partir de uma população de 825 crianças atendidas no mês de maio de 2011, constituindo-se de 87 crianças, sendo considerado o grau de confiança de 95%, erro de 10% e poder de 50%.

Todos os registros foram anotados em formulário específico, por meio de observação direta extensiva, com perguntas objetivas, sobre o uso dos dentifrícios fluoretados infantis, no mês de

agosto de 2011, pela própria pesquisadora previamente treinada em estudo piloto com 10% da amostra, não incluída.

Após esta etapa, foram distribuídas escovas dentárias infantis Tek[®] Jr. (Johnson & Johnson, São Paulo, SP, Brasil) para as crianças e exibidas apresentações comerciais de dentifrícios, como forma de recordatório para os responsáveis, com o objetivo de saber qual o creme dental suas crianças utilizavam, Tandy[®], Sorriso[®], Colgate[®], Colgate infantil[®] (Colgate, São Paulo, SP, Brasil), Even[®], Even Kids[®] (Grupo Raymundo da Fonte, Paulista, PE, Brasil). Em seguida, foi solicitado aos responsáveis que simulassem a quantidade de creme dental colocada em casa na escova da criança para a realização de sua higiene bucal.

A quantidade de dentifrício usada na escovação por cada criança foi mensurada pela diferença de peso da escova antes e após a inserção do dentifrício, ambas medidas em balança de precisão 500G JL-6 (Western, China). O peso da criança foi obtido através de balança (Welmy, Santa Bárbara d'Oeste, SP, Brasil).

Para calcular os valores de ingestão de fluoretos do dentifrício (VIFD) usado pela escovação das crianças pesquisadas, em mgF/kg pesocorporal/dia, foram levados em consideração o peso do dentifrício na escova em g (PDe), a frequência de escovação (FE), a concentração de flúor do dentifrício em ppm (CFD), o peso do dentifrício informado na embalagem em g (PD), o peso da criança em kg (PC) e o percentual estimado de ingestão (PI) do dentifrício conforme a idade da criança, segundo a equação: $VIFD = (((PDe * FE) * CFD / PD) / PC) * PI$. O percentual de ingestão do dentifrício utilizado, durante a escovação dentária, foi de 64%, 49%, 49%, 42% e 34%, para crianças de 2, 3, 4, 5 e 6 anos, respectivamente (13). O ponto de corte para o risco de fluorose foi de 0,07 mgF/kg peso corporal/dia (2).

Os dados coletados foram analisados pelo Programa Estatístico SPSS, v.13 (IBM Corporation, Somers, NY, USA) e trabalhados sob forma de estatística descritiva, através de números absolutos e percentuais e, inferencial, por meio do teste não paramétrico de qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 0346.0.133.000-11).

3 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Considerando-se a distribuição da amostra, observou-se que a maioria das crianças pesquisadas compreendia a idade de 2 anos (Figura 1). Verificou-se, ainda, que o gênero masculino foi predominante em relação ao feminino (Figura 2).

Figura 1 - Gráfico da distribuição por idade das crianças participantes. Campina Grande, PB, 2011.

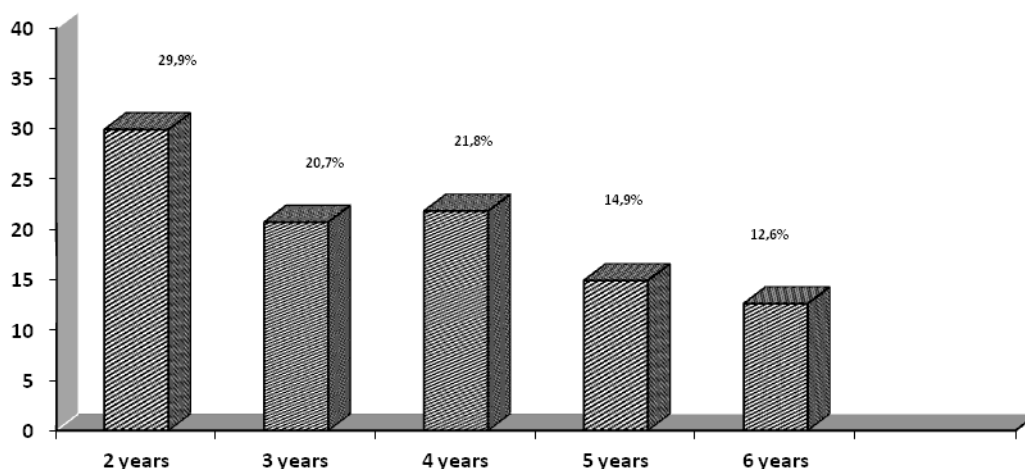
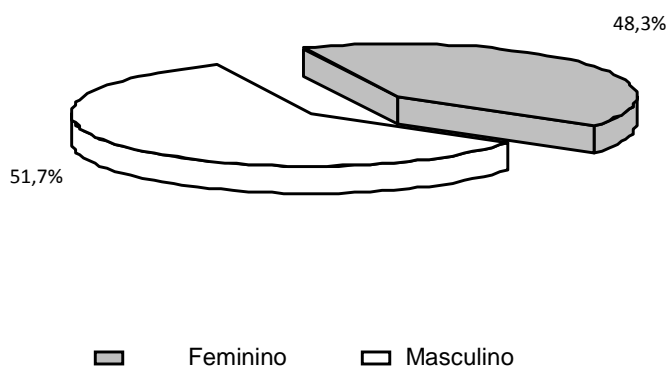


Figura 02 – Gráfico da distribuição por gênero das crianças participantes. Campina Grande, PB, 2011.



Com relação às características sócio-demográficas dos responsáveis pelas crianças, foi observado que a maioria possuía idade entre 18 e 30 anos, era do gênero feminino, casado, com segundo grau completo e renda familiar de 01 salário mínimo ou menos.

Constatou-se associação significativa entre a idade das crianças e quem realizava a escovação dentária. Verificou-se ainda que os responsáveis realizavam 95,5% (n=42) da escovação das crianças mais novas (2 e 3 anos) e 58,1% (n=25) das crianças mais velhas (4 a 6 anos) realizavam sua própria escovação ($p \leq 0,05$).

Evidenciou-se o risco de fluorose das crianças pesquisadas, levando-se em consideração o uso do dentifício (Tabelas 1 e 2).

Foi constatada a relação entre o risco de fluorose e as variáveis sócio-demográficas dos pesquisados, com associação significativa entre o risco de fluorose, a escolaridade do responsável e a idade da criança (Tabela 1).

Tabela 1 – Relação entre o risco de fluorose e as variáveis sócio-demográficas dos pesquisados. Campina Grande, PB, 2011.

Variável	Risco de Fluorose				Grupo Total n (%)	Valor de p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
1. Renda familiar						
01 salário ou menos	27	81,8	38	70,4	65(74,7)	p ⁽¹⁾ = 0,233
Mais que 01 salário	06	18,2	16	29,6	22 (25,3)	
2. Escolaridade do responsável						
Ensino fundamental incompleto	16	48,5	15	27,8	31(35,6)	p ^(*) = 0,050
Ensino médio completo ou superior	17	51,5	39	72,2	56(64,4)	
3. Estado civil do responsável						
Solteiro ou separado	12	36,4	17	31,5	29(33,3)	p ⁽¹⁾ = 0,639
Casado	21	63,6	37	68,5	58 (66,7)	
4. Idade da criança						
2 e 3 anos	22	66,7	22	40,7	44(50,6)	p ^(*) = 0,019
4 a 6 anos	11	33,3	32	59,3	43 (49,4)	
5. Gênero da criança						
Masculino	17	51,5	28	51,9	45 (51,7)	p ⁽¹⁾ = 0,976
Feminino	16	48,5	26	48,1	42(48,3)	
Grupo Total	33	37,9	54	62,1	87 (100,0)	

(*): Associação significante a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher

Em relação às variáveis relacionadas à higiene bucal das crianças, verificou-se que houve associação entre o risco de fluorose, a frequência de escovação e quem realiza a higiene bucal da criança (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre o risco de fluorose e os hábitos de higiene bucal das crianças pesquisadas. Campina Grande, PB, 2011.

Risco de Fluorose

Variável	Sim		Não		Grupo Total n (%)	Valor de p
	n	%	n	%		
1. A criança ingere						
Água de torneira ou poço	17	51,5	25	46,3	42(48,2)	p ⁽¹⁾ = 0,636
Água mineral ou suco	16	48,5	29	53,7	45(51,8)	
2. A criança tem escova dental?						
Sim	33	37,9	54	62,1	87(100,0)	-
Não	-	-	-	-	-	
2.1 Se positivo, de adulto ou criança?						
Adulto	-	-	-	-	-	-
Criança	33	37,9	54	62,1	87(100,0)	
3. A criança tem creme dental?						
Sim	33	37,9	54	62,1	87(100,0)	-
Não	-	-	-	-	-	
3.1 Se positivo, de adulto ou criança?						
Adulto	06	18,2	20	37,0	26 (29,9)	p ⁽¹⁾ = 0,062
Criança	27	81,8	34	63,0	61(70,1)	
4. Qual a quantidade de ppm(marca)?						
1000 ppm ou menos	08	24,2	05	9,3	13 (14,9)	p ⁽²⁾ = 0,070
Mais que 1000ppm	25	75,8	49	90,7	74(85,1)	
5. Qual a freqüência de escovação ao dia?						
2 vezes ou menos	11	33,3	42	77,8	33 (60,9)	p ^(*) = 0,00
3 vezes ou mais	22	66,7	12	22,2	54(40,1)	
6. A criança ingere pasta em outros momentos?						
Sim	10	30,3	16	29,6	26 (29,9)	p ⁽¹⁾ = 0,947
Não	23	69,7	38	70,4	61(70,1)	
7. A criança enxágua a boca após escovação?						
Sim	33	100,0	52	96,3	85 (97,7)	p ⁽²⁾ = 0,524
Não	-	-	02	3,7	02(3,7)	
8. A criança cospe após escovação?						
Sim	33	100,0	52	96,3	85 (97,7)	p ⁽²⁾ = 0,524
Não	-	-	02	3,7	02(3,7)	
9. Quem escova?						
Criança	4	12,1	23	42,6	27 (31,0)	p ^(*) = 0,030
Responsável	29	87,9	31	57,4	60 (69,0)	
Grupo Total	33	37,9	54	62,1	87 (100,0)	

(*): Associação significante a 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher

Os resultados do presente estudo indicaram o uso do dentifrício fluoretado de forma inadequada, uma vez que este pôde contribuir sozinho para determinar risco de fluorose em crianças abaixo de 06 anos. Estes resultados são confirmados pela literatura (8-11). Em contrapartida, estudo relatou

que a prevalência de fluorose não pôde ser explicada por fatores de risco, incluindo o uso de dentifrício fluoretado (14).

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o risco de fluorose e a escolaridade dos responsáveis. As crianças, cujos responsáveis apresentavam menor escolaridade, possuíam maior risco de fluorose dentária. Isto pode ser explicado, devido ao fato dos responsáveis pela condução da família terem influência significativa sobre as crenças e o comportamento em saúde das crianças, incluindo o uso de dentifrícios fluoretados. Discordando deste resultado, estudo verificou não haver associação entre baixo nível socioeconômico e risco de fluorose dentária (15).

Constatou-se ainda associação significativa entre a idade da criança e o risco de fluorose. As crianças de menor idade (2 a 3 anos) possuíam maior risco à fluorose dentária. Este fato deve-se, especialmente, à grande quantidade de dentifrício oferecida para a escovação dentária, por dia, a crianças de baixo peso e de menor habilidade motora. Estes resultados corroboram com a literatura (16-19).

Não houve associação significativa entre gênero das crianças e risco de fluorose em nosso estudo. Estudos sobre o gênero e a prevalência de fluorose mostraram resultados semelhantes (20,21).

Embora entendamos que a quantidade de flúor ingerida do dentifrício esteja associada com os hábitos de cuspir e enxaguar a boca durante e/ou após a escovação (22), em nosso estudo não foi constatada associação estatisticamente significativa entre estes hábitos e o risco de fluorose dental.

Não se observou diferença estatisticamente significativa entre o risco de fluorose e ingestão de água de torneira ou poço. Tal fato pode ser explicado devido à cidade de Campina Grande, localizada no nordeste do Brasil, não possuir água de abastecimento fluoretada, nem zonas de alta concentração de flúor *in natura* (23). De forma semelhante, não houve diferença estatisticamente significativa entre o risco de fluorose e a ingestão de suco industrializado ou água mineral, muito embora seja evidente a presença de fluoretos nestes produtos. Entretanto, mais estudos devem ser realizados para avaliar a ingestão total de flúor como fator de risco para a fluorose.

Evidenciou-se associação significativa entre risco de fluorose e frequência de escovação, na qual crianças que escovavam os dentes 3 vezes ou mais ao dia, possuíam maior risco de fluorose do que as que escovavam 2 vezes ou menos. Estudo da literatura mostrou que uma maior frequência no uso do dentifrício fluoretado não implicou em risco estatisticamente significativo de fluorose, divergindo dos nossos resultados (8).

É válido ressaltar que é recomendado para crianças de 2 a 6 anos o uso de dentifrício fluoretado de aproximadamente 1000 ppm (24), escovação diária 2 vezes ao dia e de quantidade semelhante a um grão de ervilha (24,25). Em adição, é fundamental avaliar o binômio risco/benefício, incluindo

o risco ou a atividade de cárie do paciente, a frequência e a exposição de fluoretos, em razão dos riscos de toxicidade crônica e ao aparecimento da fluorose dentária.

Verificou-se que quando os pais realizavam a escovação dentária das crianças, o risco de fluorose foi maior, com associação significativa destas variáveis. Este resultado pode ser explicado devido à escovação das crianças mais novas ser realizada pelos responsáveis, na maioria dos casos.

Desta forma, considera-se que a mais efetiva medida para minimizar o risco de fluorose dentária pode ser a redução da quantidade de dentifrício usado. Em razão disso, os pais devem supervisionar a escovação das crianças, especialmente nas menores de 3 anos, orientando-as a colocar pequena quantidade de dentifrício na escova, cuspir durante a escovação e enxaguar a boca ao final desta, para evitar ingestão de grande quantidade de dentifrício.

4 CONCLUSÃO

Concluiu-se que elevada parcela das crianças pesquisadas apresentou risco de fluorose dentária, levando em consideração a estimativa da ingestão de flúor de dentifrício, havendo necessidade de realização de programas de educação continuada aos responsáveis sobre o risco de fluorose dentária.

ABSTRACT

The objective of this study was to estimate the intake of fluoride toothpaste used by children 02 to 06 years in a hospital in the city of Campina Grande, Paraíba, Brazil. The sample was calculated from a population of 825 children served each month, becoming the 87 children, considering the extent of 95% error of 10% and 50% power. Data were obtained through interviews with a specific form for the parents/guardians on issues related to socio-demographic and toothbrushing of children. In addition, there was the amount of fluoride used in brushing the child, using precision scales for assessing the risk of dental fluorosis, considering the cut-off 0.07 mgF / kg body weight/day. Data came in the form of descriptive and inferential statistics (chi-square test and Fisher's exact), with a significance level of 5%. Taking into account the use of toothpaste, the risk of fluorosis of the children surveyed was 37.9%. In addition, there was a significant association between the risk of fluorosis, the education of the head, the child's age, frequency of brushing and who does the child's oral hygiene ($p < 0.05$). It was concluded that a significant portion of children at risk of fluorosis, using toothpaste inappropriately.

REFERÊNCIAS

1. Cury JA, Tabchoury CPM. Determination of appropriate exposure to fluoride in non-EME countries in the future. *J Appl Oral Sci* 2003;11:83-95.
2. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *J Dent Res* 1992;71:1228-1237.
3. Leverett D. Prevalence of dental fluorosis in fluoride and nonfluoride communities – a preliminary investigation. *J Public Health Dent* 1986;46:184-187.
4. Moraes SM, Pessan JP, Ramires I, Buzalaf MAR. Fluoride intake from regular and low fluoride dentifrices by 2-3-year-old children: influence of the dentifrice flavor. *Braz Oral Res* 2007;21:234-40.
5. Cury JA, Oliveira MJL, Martins CC, Tenuta LMA, Paiva SM. Available fluoride in toothpastes used by Brazilian children. *Braz Dent J* 2010;21.
6. Fomon SJ, Ekstrand J, Ziegler EE. Fluoride intake and prevalence of dental fluorosis: trends in fluoride intake with special attention to infants. *J Public Health Dent* 2000;60:131-9.
7. Fejerskov O, Manji F, Baelum V. The nature and mechanisms of dental fluorosis in man. *J Dent Res* 1990;8:15-31.
8. Mascarenhas AK, Burt BA. Fluorosis risk from early exposure to fluoride toothpaste. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:241-248.
9. Pereira AC, Cunha FL, Meneghim MC, Werner CW. Dental caries and fluorosis prevalence study in a nonfluoridated Brazilian community: trend analysis and toothpaste association. *ASDC J Dent Child* 2000;67:132-135.
10. Beltrán-Valladares PR, Cocom-Tun H, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G. Prevalence of dental fluorosis and additional sources of exposure to fluoride as risk factors to dental fluorosis in schoolchildren of Campeche, Mexico. *Rev Invest Clin* 2005;57:532-9.

11. Jiménez-Farfán MD, Hernández-Guerrero JC, Juárez-López LA, Jacinto-Alemán LF, de la Fuente-Hernández J. Fluoride consumption and its impact on oral health. *Res Public Health* 2011;8:148-160.
12. Mascarenhas AK. Risk factors for dental fluorosis: A review of the recent literature. *Pediatr Dent* 2000;22:269-277.
13. Naccache H, Simard PL, Trahan L, Demers M, Lapointe C, Brodeur JM. Variability in the ingestion of toothpaste by preschool children. *Caries Res* 1990;24:359-63.
14. Conway DI, MacPherson LM, Stephen KW, Gilmour WH, Petersson LG. Prevalence of dental fluorosis in children from non-water-fluoridated Halmstad, Sweden: fluoride toothpaste use in infancy. *Acta Odontol Scand* 2005;63:56-63.
15. Tinanoff , N. A targeted program of providing 400-ppm F or 1450-ppm F toothpaste for low socioeconomic families was not associated with increased risk of esthetically objectionable fluorosis. *J Evid Based Dent Pract* 2007;7(1):21-2.
16. Franzman MR, Levy SM, Warren JJ, Brofflitt B. Fluoride dentifrice ingestion and fluorosis of the permanent incisors. *J Am Dent Assoc* 2006;137:645-52;
17. Hong L, Levy SM, Broffitt B, Warren JJ, Kanellis MJ, Wefel JS, *et al.* Timing of fluoride intake in relation to development of fluorosis on maxillary central incisors. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:299-309.
18. de Almeida BS, da Silva Cardoso VE, Buzalaf MAR. Fluoride ingestion from toothpaste and diet in 1- to 3-year-old Brazilian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:53-63.
19. Omena LMF, Silva MFA, Pinheiro CC, Cavalcante JC, Sampaio FC. Fluoride intake from drinking water and dentifrice by children living in a tropical area of Brazil. *J Appl Oral Sci* 2006;14.

20. Michel-Crosato E, Biazevic MGH; Crosato E. Relationship between dental fluorosis and quality of life: a population based study. *Braz Oral Res* 2005;19.
21. Saravanan S, Kalyani C, Vijayarani MP, Jayakodi P, Felix AJW, Nagarajan S et al. Prevalence of dental fluorosis among primary school children in rural areas of Chidambaram Taluk, Cuddalore District, Tamil Nadu, India. *Indian J Community Med.* 2008;33:146-150.
22. van Loveren C, Ketley CE, Cochran JA, Duckworth RM, Mullane DM. Fluoride ingestion from toothpaste: fluoride recovered from the toothbrush, the expectorate and the after-brush rinses. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2004;32:54-61.
23. Sampaio FC, Silva FDSCM, Silva ACB, Machado ATAB, Araújo AAM, Souza LG et al. Mapeamento de flúor em águas de abastecimento público no estado da Paraíba. *Braz Oral Res* 2006;20:164.
24. EAPD. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 2009;10.
25. AAPD. Guideline on fluoride therapy. *Pediatr Dent* 2008;32.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

Parte I – Entrevista

01) Nome: _____ Telefone: _____

02) Idade do participante _____

03) Gênero do participante:

 masculino feminino

04) Qual seu estado civil?

 solteiro casado separado viúvo

05) Qual seu nível de escolaridade?

 analfabeto/primário incompleto primário completo/1º grau incompleto 1º grau completo/2º grau incompleto 2º grau completo/superior incompleto superior completo

06) Qual sua renda familiar?

 01 salário mínimo ou menos 02 a 03 salários mínimos 04 ou mais salários mínimos

07) Idade da criança _____

08) Gênero da criança:

 masculino feminino

09) Peso da criança _____(kg)

10) A criança já foi ao dentista? SIM NÃO NÃO SEI11) A criança já recebeu aplicação de flúor pelo dentista? SIM NÃO NÃO SABE

12) A criança ingere:

 ÁGUA Qual? TORNEIRA POÇO MINERAL COMPRIMIDO DE FLÚOR SUCOS INDUSTRIALIZADOS13) Tem escova de dente? SIM NÃO NÃO SABESe positivo: DE ADULTO DE CRIANÇA Cerdas (Pêlos): Macia Dura Não sabe 14) A criança tem pasta de dente? SIM NÃO NÃO SABESe positivo: DE ADULTO DE CRIANÇA Marca: _____15) A criança escovou os dentes hoje? SIM NÃO NÃO SABE16) A criança escovou os dentes ontem? SIM NÃO NÃO SABE

17) Quantas vezes a criança escova os dentes ao dia: _____

18) Com que idade a criança começou a escovar os dentes: _____

19) Quem realiza as escovações da criança?

CRIANÇA PAI/RESPONSÁVEL OUTRO NÃO SABE

20) Quem coloca a pasta na escova da criança?

CRIANÇA PAI/RESPONSÁVEL OUTRO NÃO SABE

21) Quanto de pasta é colocado sobre a escova da criança?

TODA A EXTENSÃO DAS CERDAS (PÊLOS) METADE MENOS DA METADE
 NÃO SABE

22) A criança tem o hábito de ingerir a pasta em outros momentos além da escovação? SIM

NÃO NÃO SABE

23) A criança enxágua (lava) a boca após a escovação?

SIM NÃO NÃO SABE

24) A criança expectora (cospe) após a escovação?

SEMPRE QUASE SEMPRE NUNCA NÃO SABE

Parte II – Escovação dentária – quantidade de dentifrício fluoretado usada

Anotar os pesos em gramas, com duas casas decimais da escova e da escova com o dentifrício.

Escova	Escova + dentifrício	Risco de Fluorose	
		SIM	NÃO