

Educação em saúde em comunidades quilombolas

Health education in quilombola communities

Sabrina Alessandra RODRIGUES¹
Matheus Guilherme LUCAS¹
Shara Tabita da Silva CERQUEIRA¹
Aparecida da Silva BRAGA²
Luís Geraldo VAZ³

RESUMO

Objetivo

Avaliar o conhecimento sobre saúde bucal dos pais e filhos presentes nas comunidades quilombolas localizadas na região do Vale do Ribeira, São Paulo.

Métodos

Foram desenvolvidas nas comunidades (André Lopes, Ivaporunduva, Pedro Cubas e Sapatu) atividades educativas e preventivas sobre saúde bucal com as crianças, por meio de palestras, orientações de técnica de escovação, escovação em massa supervisionada, revelação de biofilme dental e aplicação tópica de flúor. Os pais das crianças também participaram das atividades em que foram avaliados sobre a saúde bucal de seus filhos, por meio da aplicação de um questionário padronizado. Além disso, também foi realizada a análise da água de abastecimento das comunidades.

Resultados

As crianças apresentaram-se entusiasmadas, receptivas e participativas durante o desenvolvimento das atividades educativas e preventivas. Sobre a aplicação dos questionários, 56,0% dos pais declararam que é ruim a saúde bucal dos seus filhos e 47,2% costumam acompanhar a higienização bucal até os seis anos de idade, aproximadamente, sendo que esse acompanhamento não é frequente.

Conclusão

Concluiu-se que pais e filhos quilombolas possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal, assim observa-se à necessidade de maior atenção à saúde bucal nessas comunidades, por meio de frequentes ações de educação e promoção de saúde bucal.

Termos de indexação: Crianças. Educação em saúde. Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective

To appraise the oral health knowledge of parents and children from the quilombola communities located in the Ribeira Valley, Sao Paulo.

Methods

Preventive and educational activities in oral health were developed with children in the communities (Andre Lopes, Ivaporunduva, Pedro Cubas and Sapatu) including lectures, guidance on tooth brushing techniques, supervised mass brushing, detection of tooth biofilm and topical application of fluoride. Parents also participated in the activities. They were evaluated on the oral health of their children by means of a standard questionnaire. The water supply of the communities was also analyzed.

Results

The children participated enthusiastically and responsively in the preventive and educational activities. As to the questionnaires, 56% of parents stated that their children's oral health was poor and 47.2% of them usually follow up on their children's oral hygiene until they are approximately six years old, but this follow-up is not frequent.

Conclusion

We conclude that quilombola parents and children have very little knowledge about oral health. Therefore increased attention to oral health is required in these communities by means of frequent oral health education and promotion.

Indexing terms: Children. Health education. Oral health.

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia. Araraquara, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese. Rua Humaitá, 1680, 14801-903, Araraquara, SP, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: LG VAZ. E-mail: <lugervaz@foar.unesp.br>.

INTRODUÇÃO

Uma das contribuições da promoção de saúde é a educação que visa ampliar o entendimento sobre saúde, concorrendo para o processo em que a comunidade aumente a sua habilidade de resolver seus próprios problemas com competência e intensifique sua própria participação. Essa atividade pode ser desenvolvida em espaços diversos, como escolas, por exemplo, permitindo a expansão e o fortalecimento da saúde por meio de um trabalho coletivo e participativo com toda a comunidade¹.

Assim sendo, o grande desafio da Odontologia é atuar educativamente junto à população infantil, provendo-a de informações necessárias ao desenvolvimento de hábitos para manter a saúde e prevenir as doenças bucais, numa mudança de atitude em relação às doenças bucais que frequentemente são tidas como inevitáveis pela população²⁻³.

São baixos os índices de higiene bucal das crianças em idade escolar, indicando uma deficiência quanto aos cuidados preventivos na faixa etária entre 6 e 12 anos⁴, o que reforça a necessidade de trabalhar estes conteúdos, por meio de metodologias adequadas ao desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças.

Diversos estudos têm comprovado a possibilidade de prevenção e controle das doenças bucais que ocorrem devido à placa, por meio 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 à desorganização da placa bacteriana, à restrição do consumo do açúcar e ao uso do flúor⁵.

A educação e a informação sobre os cuidados com a saúde bucal têm sido ressaltadas por diversos pesquisadores. O desconhecimento sobre cuidados necessários de higiene bucal representa um fator a ser considerado, uma vez que a informação, embora disponível nas grandes mídias, não chega a todas as camadas da população da mesma forma e, dificilmente, é apreendida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde. A importância de programas odontológicos educativos, que levantem e interpretem as necessidades das populações de menor acesso aos serviços de saúde odontológicos precisa ser valorizada⁶.

Diversos autores têm apontado para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos,

minorias e migrantes, dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento sobre a saúde bucal e levantar informações relevantes para o planejamento de serviços de saúde em contextos específicos. Comentam que as pessoas que vivem na pobreza, não somente são mais vulneráveis em sofrer enfermidades, mas também têm menos acesso aos serviços de saúde, ao não receber tratamentos adequados e oportunos, suas enfermidades se agravam com o tempo. Esta situação se encontra agravada em temas de saúde oral, onde se exige um debate com a bioética como interlocutora para propor sistemas de equidade⁷.

As comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de São Paulo apresentam-se em grande número no Vale do Ribeira, estima-se cerca de 50 comunidades. A região é considerada tradicionalmente pobre, caracterizada por baixos níveis de riqueza municipal, longevidade e escolaridade, concentrando os piores municípios do Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais⁸⁻⁹.

A pesquisa realizada visou efetuar um estudo de educação em saúde bucal em quatro comunidades localizadas na região do Vale do Ribeira (SP), com o propósito de avaliar o conhecimento dos pais e seus respectivos filhos sobre saúde bucal, tendo como intuito desenvolver futuramente ações e planejamentos de promoção de saúde eficazes na região.

MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida durante um período de dez meses, sendo realizadas quatro visitas em um intervalo de dois meses cada, com famílias voluntárias de quatro comunidades quilombolas - Ivaporunduva, Sapatu, André Lopes e Pedro Cubas -, todas localizadas na região do Vale do Ribeira (SP). Os voluntários, pais e crianças de uma faixa etária de 6 a 50 anos foram todos indicados pelos agentes de saúde presentes em cada comunidade de quilombo. Os pais foram avaliados sobre as percepções e conhecimentos relacionados à saúde bucal de seus filhos e seus filhos foram observados em relação aceitação e participação nas atividades educativas e preventivas desenvolvidas nas comunidades.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara (SP) da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, mediante o protocolo nº 51/06.

Atividades educativo-preventivas

Nas visitas foram realizadas as seguintes atividades de promoção de saúde bucal: palestras por meio de vídeos explicativos do Doutor Dentuço (Colgate), explicando sobre placa bacteriana, doença cárie, alimentos cariogênicos e não cariogênicos e como realizar uma adequada higienização bucal; revelação de biofilme dental com pastilhas evidenciadoras para conhecimento do que seria placa bacteriana e como controlar sua formação. Atividade importante, pois o controle da placa dental é apontado como potente agente terapêutico e preventivo contra cáries e periodontopatias¹⁰⁻¹³, demonstrações de escovação de acordo com a técnica de Fones¹⁴ com auxílio de macromodelos, escova e fio dental; realização de escovação em massa supervisionada com distribuição de escovas dentais, dentifrícios fluoretados e fio dental; aplicação em massa de gel com flúor-fosfatado acidulado (Gel FFA), por meio de um método seguro em que as crianças foram mantidas em uma posição ereta, introduzindo o Gel FFA na cavidade bucal por meio de moldeiras com espuma absorvente, limitando a quantidade de gel a 2,5 ml por moldeira e fazendo no final de cada aplicação as crianças expectorarem em abundância¹⁵⁻¹⁶.

Análise da água de abastecimento da região

Na primeira visita as comunidades foi realizada coleta da água de abastecimento, analisando a concentração de íons de fluoretos presentes. Essa análise foi feita a partir de alíquotas coletadas em cada comunidade. Cada alíquota teve no mínimo 10 ml e foi transportada em recipiente plástico até a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, *Campus* de Araraquara. Posteriormente, a água coletada foi submetida à análise química por meio de eletrodo seletivo para íons flúor.

Questionários

Como não existe uma padronização de estudos não clínicos em Odontologia¹⁷, optou-se por utilizar questionários para coleta das informações, o que permite coletar dados de forma simultânea em um universo maior de pessoas.

O questionário elaborado pelo Ministério da Saúde e aplicado no projeto denominado SB Brasil 2003¹⁸ foi adaptado para este estudo com objetivo de avaliar

a percepção dos adultos sobre a saúde bucal de seus filhos. Foi aplicado sob orientação dos pesquisadores pertencentes ao projeto de forma elucidativa a todos os indivíduos participantes, mas sem influenciar nas respostas, visto que a maioria não compreendia alguns termos. Os participantes foram designados pelos próprios agentes de saúde, a partir da orientação de que deveriam ter a idade mínima exigida de 15 anos, sem critério de exclusão social e educativo.

O grupo focal foi indivíduos de ambos os sexos, com no mínimo um filho e foram explorados fatores como: instruções a respeito de cuidados de saúde bucal que estes indivíduos possuem e que são repassadas aos seus filhos; o grau de importância que é dado a elas; o conhecimento sobre a condição bucal de seus filhos e os produtos de higienização bucal que estes indivíduos estimulam seus filhos a utilizarem, a importância dada a higienização bucal e a frequência com que os motivam.

Os resultados dos questionários aplicados foram obtidos mediante avaliação quantitativa das respostas, utilizando frequências absolutas e percentuais todos dispostos em tabelas.

RESULTADOS

Atividades educativo-preventivas

Foram observados durante o período de desenvolvimento das atividades resultados surpreendentes, uma vez que as crianças participaram de forma extremamente atuante, mostrando-se motivadas em melhorar sua saúde bucal por meio das orientações passadas sobre conhecimentos e cuidados que se devem ter sobre a cavidade bucal como o controle da placa bacteriana e da doença cárie, por meio da escovação e a aplicação tópica de flúor. Participaram das atividades 500 crianças que receberam 500 escovas dentais, 150 tubos de dentifrício fluoretado e 70 tubos de fio dental, todos cedidos pela Prefeitura do Município de Eldorado (SP).

Análise da concentração de íons de fluoreto

A variação da concentração de fluoretos nas águas coletadas nas quatro comunidades quilombolas é mostrada na Figura 1. Nessas comunidades verificou-se que os índices de concentração de fluoretos ficaram bem abaixo

dos índices recomendados pela Portaria do Ministério da Saúde 36/9020, ou seja, menores que 0,2 ppm.

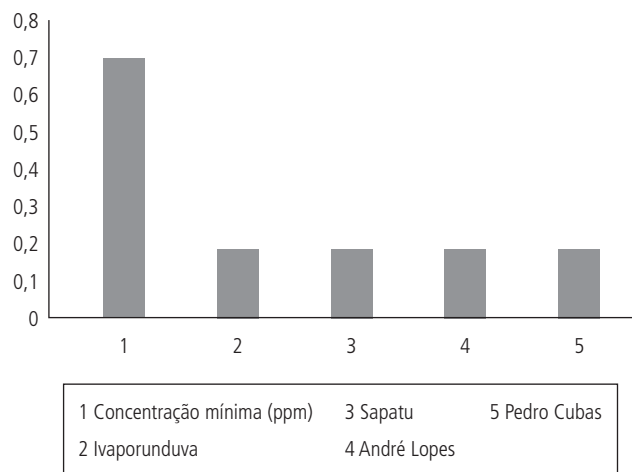


Figura 1. Concentrações de íons fluoretos na água consumida por comunidades quilombolas.

Aplicação tópica de flúor

Conforme observado na análise da água de abastecimento das comunidades, pode-se constatar a inexistência de fluoretação da água e com isso, dentro das alternativas possíveis, foram realizadas aplicações tópicas de flúor, com o auxílio de moldeiras em cera próprias para essa finalidade, em quinhentas crianças de 6 a 12 anos. Lembrando que os efeitos preventivos da aplicação tópica do flúor permanecem de um a dois anos após a interrupção das aplicações conforme a constatação de estudos científicos¹⁵⁻¹⁶.

Questionário

Responderam o questionário 250 pais de uma faixa etária de 18 a 50 anos. O grau de escolaridade destes indivíduos variou, apresentando analfabetos e alfabetizados, sendo o maior grau de escolaridade o ensino médio completo.

Os registros em relação à situação de saúde bucal dos filhos obtidos por meio dos questionários podem ser observados na Tabela 1 em que 56% dos pais classificaram como ruim a saúde bucal de seus filhos.

Dos 250 pais entrevistados 47,2% achavam

Tabela 1. Como os pais classificam a saúde bucal de seus filhos. Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira (SP).

Classificação	n	%
Não sabe	0	0
Péssima	53	21,2
Ruim	140	56,0
Regular	44	17,6
Boa	13	5,2
Ótima	0	0

necessária à ajuda na higienização oral dos filhos até aos seis anos de idade (Tabela 2), o que não é verdade, pois a criança necessita ser acompanhada pelo menos até os seus 10 anos de idade, fase de socialização mais intensa, em que se torna mais independente dos pais e da família para realizar uma adequada higiene bucal²¹.

Tabela 2. Até que idade os pais acham necessária à ajuda para realizar a higienização bucal de seus filhos. Comunidades quilombolas do Vale do Ribeira (SP).

Faixa etária	n	%
Não sabe	0	0
Não precisa	0	0
Até os 2 anos	37	14,8
Até os 4 anos	10	4,0
Até os 6 anos	118	47,2
Até os 12 anos	85	34,0

A maioria dos pais relata (62%) que seus filhos só usam pasta dental para realizar a higienização oral, material mais utilizado hoje pela população brasileira para realizar a higiene bucal, somente 38% relata associar pasta dental e fio dental na realização da higiene bucal (Tabela 3).

Tabela 3. O que os filhos utilizam para realizar a higiene oral. Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira (SP).

Produtos	n	%
Não sabe	0	0
Usa só pasta	155	62
Usa os dois	95	38
Usa só fio	0	0
Não usa nada	0	0

Observa-se que 47,2% (Tabela 4) costumam acompanhar às vezes a higienização bucal de seus filhos, sendo que 56,0% nunca notaram problema algum na boca de seus filhos (Tabela 5).

Tabela 4. Se os pais costumam acompanhar a higiene oral de seus filhos. Comunidade Quilombolas do Vale do Ribeira (SP).

Frequência	n	%
Não sabe	3	1,2
Nunca	56	22,4
Sempre	73	29,2
Às vezes	118	47,2

Tabela 5. Se os pais já notaram algum problema na boca de seus filhos. Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira (SP).

Já notou ou não?	n	%
Não sabe	0	0
Não	140	56,0
Sim	42	16,8
Nunca tentei observar	68	27,2

DISCUSSÃO

Por meio do desenvolvimento das atividades, foi observada uma grande aceitação das crianças, tendo excelentes resultados quanto à participação nas atividades preventivas e educativas. Porém, é importante salientar que a educação em saúde bucal deverá ser frequente nessas comunidades para fortalecimento da autonomia dos indivíduos no caso as crianças, proporcionando assim uma melhoria sobre a saúde bucal.

Também foi observado durante o desenvolvimento das atividades educativas e preventivas o meio social em que essas crianças vivem, sendo um meio social desigual em que às condições de vida são precárias, assim verificou-se que os problemas de saúde visualizados, mas não constatados cientificamente, pois sabe-se que para se fazer tais afirmações são necessários levantamentos mais específicos, são reflexos da realidade do retrato social em que vivem.

Sobre a fluoretação da água de abastecimento público, um dos melhores meios para controle da cárie dental, pois além dos atributos como agente promotor de saúde pública, a fluoretação da água se enquadra perfeitamente nos conceitos atuais do mecanismo de ação anti-cárie²¹. Assim é um método coletivo de melhor relação custo-benefício, que pode ser capaz de atingir todos os segmentos da população, independentemente da idade e do nível socioeconômico ou cultural, comprovado por inúmeros estudos desenvolvidos em diferentes partes do

mundo nos últimos 50 anos, sendo um método geralmente indicado para regiões com populações essencialmente urbanas, que tenham estação central de tratamento de esgoto²².

Como as comunidades visitadas consomem água proveniente de recursos hídricos locais provenientes do Rio Ribeira do Iguape, sem tratamento prévio, foi importante conhecer a concentração de flúor presente na água de consumo, para permitir uma prescrição segura de suplementação sem risco de fluorose. Burt²³ considera como dose-limite diária para a ingestão de flúor valores entre 0,05 e 0,07 mgF-/kg. A ingestão de água fluoretada contribui com 50% desse valor, ficando o restante a cargo do flúor naturalmente presente em alimentos. Conforme as recomendações da *American Dental Association*, suplementos de flúor não devem ser prescritos quando a concentração de flúor naturalmente presente na água significar 60% da concentração ótima²⁴. Porém, para fazer suplementação de flúor nas comunidades quilombolas visitadas, deve-se avaliar a concentração de fluoreto de cada fonte de água utilizada para consumo e para irrigação de plantações presentes na região²², garantindo segurança em termos de fluorose dental²⁵.

Assim, a condição em curto prazo estipulada as quatro comunidades devido à deficiência de fluoreto na água de abastecimento foi à indicação da escovação com flúor para as crianças, por meio da utilização de um dentifrício fluoretado, sendo um recurso eficiente. Pois o uso de flúor em larga escala, em saúde pública, combinado com ações educativas e práticas adequadas de higiene pessoal, vem produzindo importantes mudanças no perfil epidemiológico da cárie dentária em muitas populações²⁶.

Há vários estudos que demonstram que a suplementação diária de flúor, em regiões onde a concentração natural deste íon na água é inferior à concentração ótima, produz os mesmos benefícios²⁷. Tal informação torna-se de relevada importância frente ao fato de que apenas cerca de 45% dos municípios do estado de São Paulo têm seu sistema de abastecimento público com fluoretação controlada²⁸, embora isto esteja regulamentado em lei federal²⁹.

Em relação ao questionário aplicado, as respostas obtidas pelos pais participantes do estudo foram bastante reveladoras considerando o âmbito geral das perguntas realizadas. Embora as perguntas proporcionassem indicações individuais sobre a percepção de cada um dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos.

Assim observou-se que os pais têm consciência da situação bucal dos seus filhos, pois a maioria afirmou que é ruim, mas possuem pouco conhecimento para orientar seus filhos da importância de se desenvolver uma boa higienização bucal, pois 47,2% afirmam ter acompanhado ou irão acompanhar até os 6 anos de idade, sem muita frequência e observando somente às vezes, sendo que 56,0% nunca notaram nada de diferente na boca de seus filhos. Nota-se assim, a desorientação destes pais sobre a importância de supervisionar a saúde bucal de seus filhos pelo menos até os seus dez anos de idade, período em que a criança desenvolve autonomia para realizar sozinha²⁰. Conclui-se que algumas respostas apresentaram-se equivocadas e confusas por falta de acesso as informações adequadas sobre saúde bucal.

As informações coletadas por meio do questionário e atividades preventivas e educativas serviram para auxiliar no desenvolvimento de ações e planejamentos de promoção de saúde eficazes nas comunidades quilombolas, buscando uma melhoria na qualidade de vida destes indivíduos com a realização de futuros projetos voltados para área da saúde bucal.

CONCLUSÃO

Pôde-se avaliar por meio do questionário aplicado e atividades educativas e preventivas desenvolvidas que pais e filhos moradores das quatro comunidades quilombolas localizadas no Vale do Ribeira (SP) possuem pouco conhecimento sobre saúde bucal. Assim, observa-se à necessidade de maior atenção a saúde bucal nas comunidades, por meio de frequentes ações de educação e promoção de saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Ao Núcleo Negro da Unesp para Pesquisa e Extensão (NUPE), SECAD/MEC 021/2005 pelo financiamento e a UNESP, Campus Araraquara.

Colaboradores

SA RODRIGUES, MG LUCAS, STS CERQUEIRA, AS BRAGA e LG VAZ colaboraram igualmente para o desenvolvimento deste manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Sheiham A, Moysés SJ. O papel dos profissionais de saúde bucal na promoção de saúde. In: Buisch YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 23-37.
2. Bellini HT. Ensaio sobre programas de saúde bucal. *Bibliot Cient.* 1991;3(5):2-7.
3. Pinto VG. Odontologia brasileira as vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir. São Paulo: Santos; 1993.
4. Silva HC, Ammon ION, Silva RHH. Avaliação do paciente sobre práticas de preventivas em odontologia. *Odontol Mod.* 1985;7(5):47-53.
5. Figueira TR, Leite CG. Percepções, conhecimentos e práticas em saúde bucal de escolares. *RG0 - Rev Gaúcha Odontol.* 2008;56(1):27-32.
6. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(1):121-30.
7. Arantes R, Santos RV, Coimbra CEA. Jr. Saúde bucal na população indígena xavante de pimentel barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(2):375-84.
8. Vicent JP. Os remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira no Sudoeste de São Paulo: piora na situação socioeconômica e de saúde? *Pediatria.* 2004;26(1):63-5.
9. Torres HG, Ferreira MP, Dini NP. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo Perspect.* 2003;17(3-4):80-90.
10. Hoover DR, Lefkowitz W. Reduction of gingivitis by toothbrushing. *J Periodontol.* 1965;36:193-7.
11. Lang NP, Cumming BR, Løe H. Toothbrushing: frequency as it relates to plaque development and gingival health. *J Periodontol.* 1973;44(7):396-405.
12. Nordland P, Garret S, Kiger R, Vanooteghem R, Hutchens LH, Egelberg J. The effect of plaque control and root debridement in molar teeth. *J Clin Periodont.* 1987;14:231-6.
13. Ainamo J. Bacterial control: state of the art. *J Dent Res.* 1980;59:2137-43.
14. Fones CA. Mouth hygiene. Philadelphia: Lea & Febiger; 1934.
15. Ripa LW. An evaluation of the use of professional (operator-applied) topical fluorides. *J Dent Res.* 1990;69:786-96.

16. Ripa LW. Topical fluorides: a discussion of risks and benefits. *J Dent Res.* 1987;66:1079-83.
17. Buck D, Newton JT. Non-clinical outcome measures in dentistry: publishing trends 1988-98. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(1):2-8.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 36 de 19 de janeiro de 1990. Aprova normas e padrões de potabilidade da água destinada ao consumo humano, a serem observados em todo o território nacional. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 1990 Jan 23; Seção 1:1051.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
21. Catani DB, Amaral RC, Oliveira C, Sousa MLR, Cury JA. Dez anos de acompanhamento do heterocontrole da fluoretação da água feito por municípios brasileiros, Brasil, 1996-2006. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2008;56(2):151-5.
22. Brandão IM, Valsecki Junior A. Analysis of fluoride concentration in mineral waters in the Araraquara region in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 1998;4(4):238-42.
23. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *J Dent Res.* 1992;71(5):1228-37.
24. Stannard J, Rovero J, Tsamtsouris A, Gavris V. Fluoride content of some bottled waters and recommendations for fluoride supplementation. *J Pedod.* 1990;14(2):103-7.
25. Newbrun E. Current regulations and recommendations concerning water fluoridation, fluoride supplements, and topical fluoride agents. *J Dent Res.* 1992; 71(5):1255-65.
26. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Condições de saúde bucal: estado de São Paulo. Piracicaba: Direção Regional de Saúde; 1998.
27. Margolis FJ, Burt BA, Schork MA, Bashshur RL, Whittaker BA, Burns TL. Fluoride supplements for children: a survey of physicians' prescription practices. *Am J Dis Child.* 1980;134(9):865-8.
28. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento de Ações Integradas de Saúde. Grupo de Atenção à Saúde Bucal. Informe, março de 1993. [Documento fotocopiado].
29. Brasil. Lei n. 6050 de 24 de Maio de 1974. Dispõe sobre fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento pelo decreto federal nº 76872 de 22 de Dezembro de 1975. *Diário Oficial da União, Brasília (DF);* 1975 Dez 23; Seção 1:30.

Recebido em: 8/10/2010

Versão final reapresentada em: 15/4/2011

Aprovado em: 7/5/2011