

Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes

Sociodemographic factors associated with oral hygiene habits in Brazilian adolescents

Maria do Carmo Matias Freire¹

Aubrey Sheiham²

Yedda Avelino Bino¹

¹ Departamento de Ciências Estomatológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Praça Universitária, Setor Universitário, Goiânia-GO, CEP 74605-220. E-mail: mcarmo@odonto.ufg.br

² Department of Epidemiology and Public Health, University College Medical School, University College London

Correspondência: Maria do Carmo Matias Freire. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Praça Universitária, Setor Universitário, Goiânia-GO, CEP 74605-220. E-mail: mcarmo@odonto.ufg.br

Resumo

Objetivo: Investigar os hábitos de higiene bucal de adolescentes e sua relação com o sexo e o nível socioeconômico. **Métodos:** Foram analisados dados secundários de um estudo transversal utilizando questionários auto-aplicáveis em 664 escolares de 15 anos, selecionados aleatoriamente de escolas públicas e privadas e suas mães, em Goiânia-GO. **Resultados:** 51,8% da amostra eram do sexo feminino e 48,2% do masculino, 325 (48,9%) pertenciam ao grupo de nível socioeconômico alto e 339 (51,1%) ao nível baixo. Todos os adolescentes afirmaram que limpavam os dentes. Os principais motivos foram relacionados à saúde (73,5%) e limpeza (40,2%). Os motivos foram associados ao sexo ($p < 0,001$) e nível socioeconômico ($p < 0,05$). A maioria dos adolescentes relatou escovar os dentes três vezes ou mais ao dia (77,7%). Os recursos de higiene mais relatados foram escova (97,6%), creme (90,5%) e fio dental (69,1%). Adolescentes do sexo feminino apresentaram maior frequência de escovação do que os do masculino ($p = 0,001$). Os horários de escovação mais comuns foram após o almoço (80,3%), antes do café da manhã (73,5%) e antes de dormir (62,5%). A maioria (82,7%) respondeu que não necessita ser lembrada para higienizar os dentes, sendo a necessidade mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino ($p = 0,017$). A mãe foi relatada como a principal pessoa a lembrá-los para higienizar (66,1%) e a dar as primeiras instruções sobre a importância da limpeza dos dentes (81,3%). **Conclusões:** Os adolescentes relataram bons hábitos de higiene bucal, os quais são influenciados pelas variáveis sexo e nível socioeconômico.

Palavras-chave: Hábitos. Higiene bucal. Adolescentes. Sexo. Nível socioeconômico.

Abstract

Objective: To investigate the oral hygiene habits of Brazilian adolescents and their relation with gender and socioeconomic status. **Methods:** Secondary data analyzed were from a cross-sectional study using self-completion questionnaires among 664 15-year-old schoolchildren randomly selected from public and private schools and their mothers, in Goiânia-GO, Brazil. **Results:** 51.8% of the sample comprised girls and 48.2% boys; 48.9% were from a high social class and 51.1% from a low social class. All adolescents said they cleaned their teeth. The main reasons were related to health (73.5%) and cleanliness (40.2%). Reasons varied by gender ($p < 0.001$) and socioeconomic status ($p < 0.05$). Most adolescents said they brushed their teeth three times or more a day (77.7%). The most common oral hygiene aids were toothbrush (97.6%), toothpaste (90.5%) and dental floss (69.1%). Females brushed their teeth with higher frequency than males ($p = 0.001$). Main brushing times were after lunch (80.3%), before breakfast (73.5%) and before going to sleep (62.5%). Most adolescents (82.7%) said they did not need to be reminded to brush. Significantly, more males than females said they needed to be reminded ($p = 0.017$). Mothers were the main person to remind them to brush (66.1%) and the person who gave them their first instructions on the importance of teeth cleaning (81.3%). **Conclusions:** Brazilian adolescents reported appropriate hygiene habits. Habits were influenced by gender and socioeconomic status.

Keywords: Habits. Oral hygiene. Adolescents. Sex. Socioeconomic status.

Introdução

A higiene bucal tem grande importância na prevenção das doenças periodontais e da cárie, especialmente das primeiras¹. A adolescência é um período em que são estabelecidos as atitudes, os valores e os comportamentos em relação à saúde, os quais têm início na infância através da família. Neste período, ocorre também um aumento do risco das doenças bucais, e a higiene bucal constitui uma prática complexa determinada por vários motivos.

Diversos estudos sobre os hábitos de higiene bucal de adolescentes demonstram que esta é associada a fatores demográficos, sociais, comportamentais e psicológicos, tais como sexo, idade, nível socioeconômico, autopercepção da saúde, estilo de vida e condições psicológicas²⁻⁹. Nesta fase da vida, a higiene bucal é parte integrante da higiene pessoal e da busca pela boa aparência física (razões cosméticas) e está sujeita à influência da família e dos seus pares^{4,10,11}.

As informações sobre os hábitos bucais dos adolescentes podem auxiliar não apenas no conhecimento dos comportamentos de saúde durante esse período crítico de desenvolvimento, mas também na formulação de estratégias mais efetivas de educação em saúde para esse grupo etário. Embora haja diversos estudos sobre esta questão em países desenvolvidos, são poucos os estudos publicados no Brasil e todos foram realizados nas Regiões Sudeste e Sul¹²⁻¹⁷. Além disso, somente dois destes estudos analisaram a influência de variáveis sociodemográficas^{12,15}. Desta forma, o objetivo do presente estudo é investigar os hábitos de higiene bucal de adolescentes de Goiânia-GO e sua relação com sexo e nível socioeconômico.

Métodos

Os dados do presente estudo transversal fazem parte de um projeto de pesquisa mais amplo sobre os determinantes psicossociais da saúde bucal em adolescen-

tes e suas mães, realizado em Goiânia, capital do Estado de Goiás¹⁸.

Amostragem

A população de estudo foi constituída por escolares de 15 anos de idade da zona urbana de Goiânia. O tamanho mínimo estimado para a amostra foi de 610 adolescentes, utilizando-se o método para comparação de duas proporções com a finalidade de testar hipóteses de associação entre cárie dentária e variáveis psicossociais. Os detalhes sobre o cálculo amostral encontram-se em artigo publicado¹⁸. Para se garantir este número, o tamanho foi aumentado para 761 adolescentes.

A amostragem foi aleatória em dois estágios e estratificada por tipo de escola. Um total de 21 escolas foram selecionadas aleatoriamente, sendo 11 públicas e 10 privadas, as quais foram sorteadas de um total de 164 (134 públicas e 26 privadas) que possuíam 3.258 alunos de 15 anos de idade (1.847 nas escolas públicas e 1.411 nas privadas), independente da série que cursavam. Das 21 escolas sorteadas, uma da rede privada não aceitou participar e foi sorteada nova escola. Dos 761 alunos, metade foi sorteada de escolas públicas e metade de escolas privadas. Obteve-se uma listagem com todos os alunos de 15 anos matriculados em cada tipo de escola e realizou-se sorteio com estratificação por sexo (metade do sexo feminino e metade do sexo masculino).

Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinkí, mas não foi submetida à apreciação de um comitê de ética porque no ano da coleta de dados ainda não haviam sido criados tais comitês no local da coleta dos dados.

A autorização para a realização do estudo nas escolas públicas foi obtida através de um termo de consentimento por escrito junto à Secretaria Estadual de Edu-

cação de Goiás e à Secretaria Municipal de Educação de Goiânia. Em cada escola, os diretores foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo. As escolas privadas foram convidadas individualmente, sendo solicitada autorização de seus diretores.

Todos os alunos sorteados foram convidados a participar do estudo após explicações sobre os objetivos e procedimentos do mesmo. Aqueles que se interessaram receberam um formulário de consentimento informado endereçado às suas mães ou responsáveis, acompanhado do questionário para as mães, explicando os objetivos e procedimentos do estudo e solicitando autorização para a participação dos filhos.

Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados através de dois questionários estruturados e auto-aplicáveis: um respondido pelos adolescentes e outro por suas mães. Os instrumentos foram desenvolvidos para o estudo sobre os determinantes psicossociais da saúde bucal em adolescentes e suas mães¹⁸, a partir de trabalhos anteriores, e foram previamente testados em dois estudos-piloto. No primeiro foram incluídos 439 adolescentes de oito escolas (cinco públicas e três privadas) e suas mães, com o objetivo de testar a metodologia e validar os instrumentos. O segundo estudo-piloto foi realizado imediatamente antes do estudo principal, em um grupo de cinco adolescentes, com o objetivo de testar a versão final do instrumento.

O questionário dos adolescentes incluiu questões sobre seus hábitos relacionados à saúde bucal. As seguintes perguntas sobre higiene bucal foram analisadas no presente artigo: 1) Você limpa seus dentes? 2) Por que razão você limpa seus dentes? (Questão aberta) 3) Com que frequência você geralmente limpa seus dentes? (Questão aberta) 4) A que horas do dia você geralmente limpa seus dentes? 5) O que você usa para limpar os dentes? 6) Alguém

tem que te lembrar para escovar os dentes? Quem? 7) Quem foi a pessoa que lhe deu as primeiras instruções sobre a necessidade de limpar seus dentes?

O questionário das mães incluiu perguntas sobre o nível socioeconômico das famílias, definido pela participação do chefe da família nos processos de produção e distribuição¹⁹. De acordo com esta classificação, seis níveis são apresentados. Para o propósito deste estudo, estes foram agrupados em dois: nível socioeconômico alto (burguesia, pequena burguesia tradicional e nova pequena burguesia) e nível socioeconômico baixo (proletariado típico, proletariado não típico e subproletariado).

A reprodutibilidade do questionário aplicado aos adolescentes foi testada durante o estudo em 75 indivíduos (11,3% da amostra), que responderam ao instrumento duas vezes em dois dias consecutivos. A correlação entre o teste e o re-teste foi calculada usando o coeficiente de Spearman (r) e o resultado variou de 0,70 a 1,00.

Procedimentos de coleta dos dados

O questionário dos adolescentes foi respondido nas próprias escolas, após orientação da pesquisadora e na ausência dos professores e outros recursos humanos da instituição. O questionário das mães foi respondido em casa, sem identificação nominal (apenas com o código numérico do aluno), e devolvido à escola através dos alunos. Este questionário era acompanhado de uma carta contendo esclarecimentos sobre o estudo e seus objetivos, bem como instruções para o seu preenchimento. O telefone da pesquisadora foi fornecido em caso de necessidade de explicações adicionais. Para ambos, alunos e mães, foram garantidos o anonimato e sigilo dos questionários.

Análise estatística

A análise dos dados foi feita utilizando-se o Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, versão

6.0). As freqüências das variáveis foram expressas em números absolutos e percentuais. Para a análise bivariada da relação entre os hábitos de higiene bucal (motivos, freqüência, uso do fio dental e necessidade de serem lembrados para higienizar) e as variáveis demográficas (sexo e nível socioeconômico), utilizou-se o teste do Qui-quadrado de Pearson (χ^2). A significância foi considerada quando $p < 0,05$.

Resultados

A taxa de resposta foi de 91,6%. Dos 761 adolescentes convidados para participar do estudo, 58 não devolveram o formulário de consentimento das mães e seis tinham perdido suas mães recentemente. Um total de 697 devolveu os formulários consentidos e os questionários respondidos pelas mães, e respondeu o questionário na escola. No entanto, 33 adolescentes foram excluídos da análise devido a dados incompletos nos questionários das mães. Assim, o tamanho final da amostra foi de 664 adolescentes com 15 anos de idade. Destes, 344 (51,8%) eram do sexo feminino e 320 (48,2%) do masculino; 325 (48,9%) pertenciam ao grupo de nível socioeconômico alto e 339 (51,1%) ao nível baixo.

Todos os participantes afirmaram que limpavam seus dentes. Os principais motivos apresentados para esta prática foram relacionados à saúde (73,5%) e limpeza (40,2%) (Tabela 1). Dentre aqueles que relataram motivos relacionados à saúde, 347 (71,1%) citaram a prevenção da cárie, 154 (31,6%) a saúde dos dentes ou a prevenção de doenças, e três (0,6%) a prevenção de doença na gengiva. Os motivos relacionados à saúde foram mais freqüentes entre adolescentes de nível socioeconômico mais baixo do que entre aqueles de nível mais alto ($p=0,009$). Os motivos relacionados à limpeza foram mais freqüentes entre adolescentes do sexo feminino do que entre aqueles do sexo masculino ($p < 0,001$) e entre os de nível socioeconômico mais alto do que os de nível mais baixo ($p=0,015$).

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes segundo os motivos para higienizar os dentes.**Table 1** – Distribution of adolescents according to reasons for cleaning teeth.

Motivos*	Sexo				Nível socioeconômico				Total	
	Feminino		Masculino		Alto		Baixo			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevenção de doenças/ ter dentes saudáveis	254	52,0	234	48,0	224	45,9	264	54,1	488	73,5
Limpeza	163	61,0	104	39,0	146	54,7	121	45,3	267	40,2
Evitar mau hálito	63	50,0	63	50,0	62	49,2	64	50,8	126	19,0
Aparência (ter dentes brancos e/ou bonitos)	49	47,1	55	52,9	46	44,2	58	55,8	104	15,7
Hábito	5	45,5	6	54,5	6	54,5	5	45,5	11	1,6
Não sei	-	-	1	9,1	1	9,1	-	-	1	0,2

*Mais de uma resposta

Nível socioeconômico:

 $\chi^2=6,83$ $p=0,009$ (Prevenção de doenças/ter dentes saudáveis) $\chi^2=5,88$ $p=0,015$ (Limpeza)Sexo: $\chi^2=15,28$ $p<0,001$ (Limpeza)

*More than one answer

Socioeconomic status:

 $\chi^2=6.83$ $p=0.009$ (disease prevention/to have healthy teeth) $\chi^2=5.88$ $p=0.015$ (Cleanliness)Gender: $\chi^2=15.28$ $p<0.001$ (Cleanliness)

A maior parte dos adolescentes (77,7%) relatou escovar os dentes três vezes ou mais ao dia. Indivíduos do sexo feminino apresentaram uma maior frequência de escovação do que os do sexo masculino ($p=0,001$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao nível socioeconômico (Tabela 2). Os horários de higienização relatados foram após o almoço (80,3%), antes do café da manhã (73,5%), antes de dormir (62,5%), após o jantar (52,2%), após o café da manhã (39,1%) e outros (3,6%).

Os recursos de higiene citados foram a escova (97,6%), o creme dental (90,5%), o fio dental (69,1%), o palito (21,8%), enxaguatórios (23,2%) e outros (1,2%). O uso do fio dental foi um pouco mais frequente

entre os adolescentes do sexo feminino do que os do masculino e entre aqueles de nível socioeconômico alto do que os de nível baixo, mas a diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

A maioria dos adolescentes (82,7%) respondeu que não necessita ser lembrada para higienizar os dentes (Tabela 4). A necessidade de ser lembrado foi mais frequente entre os indivíduos do sexo masculino do que entre os do sexo feminino ($P=0,017$). Dentre os que necessitam, as pessoas que tem de lembrá-los são a mãe (66,1%), o pai e a mãe (21,7%), outras pessoas (8,7%) e o pai (3,5%).

Em relação à questão sobre quem deu as primeiras instruções sobre a limpeza dos dentes, 540 (81,3%) citaram a mãe, 226

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes segundo a frequência diária de escovação.**Table 2** – Distribution of adolescents according to daily toothbrushing frequency.

Frequência	Sexo				Nível socioeconômico				Total	
	Feminino		Masculino		Alto		Baixo			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 2 vezes	60	17,4	88	27,5	71	21,8	77	22,7	148	22,3
3 vezes	128	37,2	127	39,7	124	38,2	131	38,6	255	38,4
4 a 6 vezes	156	45,3	105	32,8	130	40,0	131	38,6	261	39,3
Total	344	100,0	320	100,0	325	48,9	339	51,1	664	100,0

Sexo: $\chi^2=14,42$ $p=0,001$ / Gender: $\chi^2=14,42$ $p=0,001$

Tabela 3 - Distribuição dos adolescentes segundo o uso do fio dental.**Table 3** – Distribution of adolescents according to use of dental floss.

Uso	Sexo				Nível socioeconômico				Total	
	Feminino		Masculino		Alto		Baixo		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sim	243	70,6	216	67,5	231	71,1	228	67,3	459	69,1
Não	101	29,4	104	32,5	94	28,9	111	32,7	205	30,9
Total	344	100,0	320	100,0	325	100,0	339	100,0	664	100,0

Sexo: $\chi^2=0,76$ $p=0,381$ / Gender: $\chi^2=0,76$ $p=0,381$ Nível socioeconômico: $\chi^2=1,13$ $p=0,287$ / Socioeconomic status: $\chi^2=1,13$ $p=0,287$ **Tabela 4** - Distribuição dos adolescentes segundo a necessidade de serem lembrados para escovar os dentes.**Table 4** – Distribution of adolescents according to the need to be reminded to brush their teeth.

Alguém tem que lembrá-lo(a)?	Sexo				Nível socioeconômico				Total	
	Feminino		Masculino		Alto		Baixo		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Não	296	53,9	253	46,1	267	48,6	282	51,4	549	82,7
Sim	48	41,7	67	58,3	58	50,4	57	49,6	115	17,3
Total	344	51,8	320	48,2	325	48,9	339	51,1	664	100,0

Sexo: $\chi^2=5,65$ $p=0,017$ / Gender: $\chi^2=5,65$ $p=0,017$

(34,0%) o pai, 71 (10,7%) o dentista, 19 (2,9%) o professor, 18 (2,7%) outras pessoas, e 61 (9,2%) não se lembravam quem foi.

Discussão

O presente estudo revelou que os pesquisados apresentam bons hábitos de higiene bucal. É importante considerar, contudo, que as informações foram reportadas pelos próprios adolescentes, devendo os resultados ser interpretados com cautela.

O motivo mais freqüente para a higienização dos dentes foi relacionado à saúde, principalmente à prevenção da cárie, assim como nos estudos realizados em adolescentes de Belo Horizonte-MG¹⁵ e de Torres-RS¹². Em outro estudo sobre adolescentes brasileiros, as principais razões foram a manutenção da boa aparência e higiene ou a prevenção do mau hálito¹³, coincidindo com os realizados em países europeus^{4,5,10,11}.

Chama a atenção o fato de apenas três

indivíduos terem citado a prevenção da doença periodontal, apesar da evidência científica sobre a efetividade da higiene dental na prevenção desta doença ser mais consistente do que em relação à prevenção da cárie¹. A visão de que a má escovação é o principal fator causal da cárie foi observada também em outro estudo sobre adolescentes¹³.

A preocupação com a saúde foi mais freqüente no grupo socioeconômico mais baixo. Este achado sugere que a condição de saúde bucal precária e o baixo acesso aos serviços odontológicos, geralmente encontrados neste grupo populacional, pode ter influência sobre os seus motivos para higienizar. A relação entre o nível socioeconômico e o motivo para a higienização não foi observada em outros estudos nacionais^{12,15}. Em relação ao sexo, enquanto no presente trabalho as adolescentes do sexo feminino apresentaram mais preocupação com a limpeza do que os do sexo masculino, no de Torres-RS esta diferença foi em relação à preocupação

com a prevenção da cárie¹². Na Inglaterra, a preocupação com a saúde foi mais freqüente entre adolescentes de nível socioeconômico mais alto¹¹ e a preocupação com a limpeza foi mais freqüente entre os adolescentes do sexo feminino⁵.

A freqüência de escovação foi alta em todos os grupos. O predomínio da freqüência de três vezes ou mais ao dia tem sido também relatado nos demais estudos brasileiros: 88% dos adolescentes em Torres-RS¹², 90,6% em Porto Alegre-RS¹³, 69,7% das meninas e 59,7% dos meninos em São Paulo-SP¹⁴, e 74,7% em Canoas-RS¹⁷. Em uma localidade da Colômbia, 79% dos adolescentes relataram esta freqüência. Em países europeus, no Canadá, no Caribe e na China, por outro lado, a maioria dos adolescentes escova os dentes no máximo 2 vezes ao dia^{5,7,11,20-23}.

A freqüência da higiene bucal mais alta entre os adolescentes do sexo feminino tem sido demonstrada no Brasil^{12,14} e em inúmeros estudos internacionais^{2-5,7,9,11,20,22}. Possíveis explicações para essa diferença podem ser o papel da mulher na sociedade, relacionado a fatores socioculturais e psicossociais, além da pressão da sociedade para que as mulheres sejam atraentes sexualmente, o que as leva a se preocupar mais com a aparência do que os homens²⁴. A freqüência da higiene não foi associada ao nível socioeconômico, assim como em dois estudos realizados em municípios do Rio Grande do Sul^{12,17}. No Reino Unido, ao contrário, adolescentes de nível socioeconômico mais alto apresentaram maior freqüência de escovação^{2,11,20}.

No presente estudo, o momento mais comum do dia para a realização da escovação foi após o almoço, também coincidindo com estudos realizados no Rio Grande do Sul^{12,17}. Nos Estados Unidos e na Inglaterra, onde as escolas funcionam em período integral, o momento mais comum foi de manhã, antes de ir para a escola^{6,25} e houve diferenças em relação ao sexo e ao nível socioeconômico⁶. Estes achados sugerem que os horários de escovação são formados de acordo com a rotina familiar

diária, que, por sua vez, difere de acordo com a cultura e normas de cada país²⁴.

O uso de recursos industrializados, em especial a escova e o creme dental, prevalece nos países desenvolvidos, no Brasil e em outros países em desenvolvimento^{22,26}. A alta utilização destes recursos no presente estudo foi relatada também em Torres-RS.¹²

Com relação ao uso do fio dental, outros municípios brasileiros revelaram freqüências mais baixas do que as do presente estudo: 58,9% em Torres-RS¹², 66,03% em Porto Alegre-RS¹³, 46,7% em São Paulo-SP¹⁴, 36,3% em Porto Alegre-RS¹⁶, e 34,1% em Canoas-RS¹⁷. Dois estudos demonstraram a dificuldade do uso do fio pela habilidade requerida^{13,15}. Na Europa e no Canadá, o uso do fio dental entre adolescentes é raro^{3,8,21}. Ao contrário do presente estudo, outros realizados no Brasil e na Europa têm demonstrado diferença estatisticamente significativa entre os sexos em relação ao uso do fio dental: mais meninas do que meninos usam fio dental^{8,12,16,17,21,27}.

De acordo com os adolescentes, a mãe tem sido a principal pessoa que deu as primeiras instruções de higiene bucal e que tem de lembrá-los de higienizar os dentes, corroborando os achados de outros municípios brasileiros¹³⁻¹⁵. Destacou-se também a participação do pai em conjunto com a mãe, o que demonstra que a família é a principal formadora dos hábitos de higiene bucal. Esta formação tem início na infância, pelo processo de socialização, quando esses hábitos são profundamente internalizados e transformados em rotina, sendo de difícil modificação. Nesse período, a influência dos pais, em especial da mãe, é considerada a mais marcante²⁴.

Na questão sobre as primeiras instruções de higiene, o dentista foi citado por poucos dos adolescentes deste estudo, enquanto em outros estudos o percentual foi mais elevado^{13,15}. No estudo realizado em Porto Alegre, o dentista foi a principal pessoa a ensinar o uso do fio dental especificamente¹³. Utilizando metodologia qualitativa, as autoras observaram que a importân-

cia dos dentistas estava no reforço e no aperfeiçoamento da técnica de escovação que haviam aprendido com as mães.

Os resultados do presente estudo confirmam que a prática da higiene bucal na adolescência é influenciada pelo sexo, pelo nível socioeconômico e pela família, em especial a mãe. A alta frequência de escovação diária dos adolescentes pesquisados permite direcionar as estratégias para a forma como a escovação é realiza-

da e para a utilização de outros recursos de higiene além da escova, como o fio dental. Além disso, os meninos devem ser priorizados, pois relataram menor frequência de higiene e maior dependência da mãe para a sua realização. Programas voltados para a melhoria da higiene bucal desta população precisam considerar estes fatores, assim como outros mais complexos inerentes à adolescência e fatores sociais mais amplos.

Referências

1. Sutcliffe P. Oral cleanliness and dental caries. In Murray JJ. *Prevention of oral disease*. 3rd ed. New York: Oxford; 1996. p. 68-77.
2. Currie C, Schou L, McQueen DV. Dental health-related behaviour in Scottish schoolchildren aged 11, 13 and 15 from Edinburgh city. *Health Bull* 1989; 47(4): 182-91.
3. Honkala E, Kannas L, Rise J. Oral health habits of schoolchildren in 11 European countries. *Int Dent J* 1990; 40(4): 211-7.
4. Macgregor IDM, Balding JW. Toothbrushing frequency and personal hygiene in 14-year-old schoolchildren. *Br Dent J* 1987; 162: 141-4.
5. Macgregor IDM, Balding JW. Self-esteem as a predictor of toothbrushing behaviour in young adolescents. *J Clin Periodontol* 1991; 18:312-6.
6. Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Toothbrushing schedule, motivation and 'lifestyle' behaviours in 7,770 young adolescents. *Community Dent Health* 1996; 13: 232-7.
7. Macgregor IDM, Regis D, Balding JW. Self-concept and dental health behaviours in adolescents. *J Clin Periodontol* 1997; 24: 335-9.
8. Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Flossing behaviour in English adolescents. *J Clin Periodontol* 1998; 25: 291-6.
9. Schou L, Currie C, McQueen D. Using a "lifestyle" perspective to understand toothbrushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 230-4.
10. Hodge HC, Holloway PJ, Bell CR. Factors associated with toothbrushing behaviour in adolescents. *Br Dent J* 1982; 19: 49-51.
11. Macgregor IDM, Balding JW, Regis D. Motivation for dental hygiene in adolescents. *Int J Paediatric Dent* 1997; 7: 235-41.
12. Brew MC. *Conhecimentos e hábitos dos adolescentes do ensino médio o município de Torres-RS em relação à saúde bucal*. [dissertação de mestrado]. Canoas: Faculdade de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil; 2002.
13. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 743-52.
14. Santos VA, Alves CRA, Clamponi AL, Corrêa MSNP. Hábitos de saúde bucal em crianças e adolescentes residentes na cidade de São Paulo. *Rev Odontopediatr* 1992; 1(3): 183-93.
15. Silva TA, Paixão HH, Pordeus IA. Fatores do comportamento relacionados à higiene bucal em adolescentes. *Arq Odontol* 1997; 33(1): 5-14.
16. Trentin MS, Oppermann RV. Prevalência dos hábitos de higiene bucal interproximal e sua influência na presença de placa e sangramento gengival em um grupo de estudantes. *Rev Fac Odontol Passo Fundo* 2001; 6(2): 15-22.
17. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serviços de Saúde* 2006; 15(4):29-39.
18. Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Adolescents sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 39(3): 204-12.
19. Lombardi C et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 1988; 22: 253-65.
20. Honkala E. Frequency, pattern, and duration of habitual toothbrushing in children. *J Periodontics* 1984; 337(8): 367-77.

21. Kuusela S, Honkala E, Kannas L, Tynjala, Wold B. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993/1994. *J Dent Res* 1997; 76(9):1602-9.
22. Vignarajah S. Oral health knowledge and behaviours and barriers to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua. *Int Dent J* 1997; 47(3): 167-72.
23. Zhu L, Petersen PE, Wang HY, Bian JY, Zhang BX. Oral Health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China. *Int Dent J* 2003; 53(5): 289-98.
24. Abegg C. Desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal. In Bönecker M, Sheiham A. *Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência: conhecimentos e práticas*. São Paulo: Santos; 2004. p. 97-108.
25. Linn EL. Teenagers' attitudes, knowledge, and behaviors related to oral health. *J Amer Dent Assoc* 1976; 92: 946-51.
26. Tascon JE, Cabrera GA. Creencias sobre caries e higiene oral en adolescents del Valle del Cauca. *Colomb Med* 2005; 36:73-8.
27. Honkala E. Trends in the oral hygiene habits of Finnish teenagers. *Proc Finn Dent Soc* 1985; 81: 47-50.

Recebido em: 31/10/06
Versão final reapresentada em: 14/09/07
Aprovado em: 24/09/07