

Marina Moraes Barbosa

**Avaliação das principais fontes de ingestão de fluoreto em
escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá - DF**

Brasília
2017

Marina Moraes Barbosa

**Avaliação das principais fontes de ingestão de fluoreto em
escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá - DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Cristina Pimentel Garcia

Co-orientador: Profa. Dra. Senda Charone

Brasília
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido chegar até aqui; aos meu pais, ao meu 'paidrasto" do coração, meus avós e a todos os meus familiares, por todo esforço e por me incentivarem a viver meu sonho; ao meu namorado por todo suporte, amor e paciência; aos meus os professores, não só por todo o conhecimento transmitido, mas também pelos ensinamentos para a vida, que vão ao além da sala de aula, em especial as professoras Senda e Soraya, por serem exemplos de mulheres e profissionais, essenciais na condução desse trabalho; aos meus amigos, por tornarem esta jornada mais leve e prazerosa, serão sempre lembrados com carinho e gratidão.

EPÍGRAFE

“Gosto mais dos sonhos do futuro do que da história do passado”.

Thomas Jefferson

RESUMO

BARBOSA, Marina Moraes. Avaliação das principais fontes de ingestão de fluoreto em escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá – DF. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Introdução: A prevalência de fluorose dentária vem aumentando devido ao amplo acesso a água fluoretada, dentifrício fluoretado, suplementos e alimentos industrializados ricos em fluoreto . A água, a dieta e o dentifrício são consideradas, atualmente, como as principais fontes de ingestão de fluoreto. Sendo assim, é importante que se faça a avaliação da ingestão diária de fluoreto em crianças na idade de risco à fluorose dentária. **Objetivo:** Avaliar quantitativamente a ingestão de fluoreto a partir do dentifrício e da dieta por meio da aplicação de questionários e identificar a principal fonte de ingestão de fluoreto. **Metodologia:** A amostra do estudo foi composta por 89 escolares da Escola Classe 03 do Paranoá - DF, com idade entre 6 e 8 anos. Identificou-se a quantidade de fluoreto ingerida por meio do dentifrício e a partir dos alimentos e bebidas por meio dos Questionários para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício e de Frequência Alimentar semiquantitativo, respectivamente. A partir da coleta de dados análises descritivas foram realizadas. Valores médios de ingestão de fluoreto via dentifrício e via dieta foram obtidos e comparados com valores referência. **Resultados:** Considerando a ingestão diária de fluoreto, o dentifrício foi responsável por 54,09%, enquanto a dieta contribui em 45,91% do total. A média diária de ingestão de

fluoretos a partir do dentifrício por criança foi de $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/dia e de $0,030 \pm 0,023$ por mg F/kg/dia a partir de alimentos sólidos e líquidos, incluindo água. **Conclusão:** O dentifrício foi a principal fonte de ingestão de fluoreto dentre os escolares. Entre os componentes da dieta, a água foi o item que mais contribuiu para ingestão de fluoreto e 36% dos escolares foram expostos a doses de fluoretos maiores do que o recomendado.

ABSTRACT

BARBOSA, Marina Moraes. Evaluation of the main sources of fluoride intake among schoolchildren aged 6 to 8 years old in Paranoá – DF. 2017. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Introduction: The prevalence of dental fluorosis has increased due to the large access to fluoridated water, fluoride dentifrice, supplements and processed food. Water, diet and toothpaste are considered the main sources of fluoride intake. Therefore, it is important to evaluate daily fluoride intake among children in age at risk for dental fluorosis. **Objective:** Quantitatively evaluate fluoride intake from dentifrice and diet through the use of questionnaires, and identify the main source of fluoride intake. **Methodology:** The study's sample consisted of 89 schoolchildren of Escola Classe 03 in Paranoá – DF, aged 6 to 8 years. In this study, the quantity of fluoride intake from dentifrice was identified through the Toothpaste's Fluoride Ingestion Estimate Questionnaire and the amount of fluoride intake from foods and beverages through the QQF. Descriptive analyzes were performed from the data collection. The average intake of fluoride from toothpaste and diet were defined and compared with reference data. **Results:** Toothpaste was responsible for 54,09% of the dialy fluoride intake, while the diet contributed in 45,91%. The dialy average of fluoride intake from dentifrice per student was $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/day, and $0,030 \pm 0,023$ por mg F/kg/day from solid foods and beverages, including water. **Conclusion:** Toothpaste was the main source of fluoride intake in the schoolchildren evaluated. Among the diet components, water was the main source of fluoride intake; also, a considerable number of children were exposed to higher fluoride doses than recommended.

SUMÁRIO

Artigo Científico.....	15
Folha de Título	17
Resumo.....	19
Abstract.....	21
Introdução	22
Metodologia.....	24
Resultados	28
Discussão.....	32
Conclusões	34
Referências.....	35
Anexos	39
A. Normas da Revista	39
B. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.....	48
C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
D. Questionário para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do dentífrico e de Frequência Alimenta semiquantitativo.....	53

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

BARBOSA, Marina Moraes; ALMEIDA, Raquel Francis; RIBEIRO, Ana Paula Dias; GARCIA, Fernanda Cristina Pimentel; LEAL, Soraya Coelho; CHARONE, Senda. Avaliação das principais fontes de ingestão de fluoreto em escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá – DF.

Apresentado sob as normas de publicação do **Journal of Applied Oral Science**

FOLHA DE TÍTULO

Avaliação das principais fontes de ingestão de fluoreto em escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá - DF

Evaluation of the main sources of fluoride intake among schoolchildren aged 6 to 8 years old in Paranoá – DF

Marina Moraes Barbosa¹

Fernanda Cristina Pimentel Garcia²

Senda Charone³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Adjunta de Dentística da Universidade de Brasília (UnB).

³ Professora Substituta de Cariologia da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Profa. Dra. Fernanda Cristina Pimentel Garcia
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: garciafcp@unb. Br / Telefone: (61) 981127078

RESUMO

Avaliação das principais fontes de ingestão fluoreto em escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá - DF

Resumo

Introdução: A prevalência de fluorose dentária vem aumentando devido ao amplo acesso a água fluoretada, dentifrício fluoretado, suplementos e alimentos industrializados ricos em fluoreto . A água, a dieta e o dentifrício são consideradas, atualmente, como as principais fontes de ingestão de fluoreto. Sendo assim, é importante que se faça a avaliação da ingestão diária de fluoreto em crianças na idade de risco à fluorose dentária. **Objetivo:** Avaliar quantitativamente a ingestão de fluoreto a partir do dentifrício e da dieta por meio da aplicação de questionários e identificar a principal fonte de ingestão de fluoreto. **Metodologia:** A amostra do estudo foi composta por 89 escolares da Escola Classe 03 do Paranoá - DF, com idade entre 6 e 8 anos. Identificou-se a quantidade de fluoreto ingerida por meio do dentifrício e a partir dos alimentos e bebidas por meio dos Questionários para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício e de Frequência Alimentar semiquantitativo, respectivamente. A partir da coleta de dados análises descritivas foram realizadas. Valores médios de ingestão de fluoreto via dentifrício e via dieta foram obtidos e comparados com valores referência. **Resultados:** Considerando a ingestão diária de fluoreto, o dentifrício foi responsável por 54,09%, enquanto a dieta contribui em 45,91% do total. A média diária de ingestão de fluoretos a partir do dentifrício por criança foi de $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/dia e de $0,030 \pm 0,023$ por mg F/kg/dia a partir de alimentos sólidos e líquidos, incluindo água. **Conclusão:** O dentifrício foi a principal fonte de ingestão de fluoreto dentre os escolares. Entre os componentes da dieta, a água foi o item que mais contribuiu para ingestão de fluoreto e 36% dos escolares foram expostos a doses de fluoretos maiores do que o recomendado.

Palavras-chave

Fluoreto; Dieta; Dentifrício Fluoretado

ABSTRACT

Evaluation of the main sources of fluoride intake among schoolchildren aged 6 to 8 years old in Paranoá – DF

Abstract

Introduction: The prevalence of dental fluorosis has increased due to the large access to fluoridated water, fluoride dentifrice, supplements and processed food. Water, diet and toothpaste are considered the main sources of fluoride intake. Therefore, it is important to evaluate daily fluoride intake among children in age at risk for dental fluorosis.

Objective: Quantitatively evaluate fluoride intake from dentifrice and diet through the use of questionnaires, and identify the main source of fluoride intake.

Methodology: The study's sample consisted of 89 schoolchildren of Escola Classe 03 in Paranoá – DF, aged 6 to 8 years. In this study, the quantity of fluoride intake from dentifrice was identified through the Toothpaste's Fluoride Ingestion Estimate Questionnaire and the amount of fluoride intake from foods and beverages through the QQF. Descriptive analyzes were performed from the data collection.

The average intake of fluoride from toothpaste and diet were defined and compared with reference data.

Results: Toothpaste was responsible for 54,09% of the daily fluoride intake, while the diet contributed in 45,91%. The daily average of fluoride intake from dentifrice per student was $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/day, and $0,030 \pm 0,023$ por mg F/kg/day from solid foods and beverages, including water.

Conclusion: Toothpaste was the main source of fluoride intake in the schoolchildren evaluated. Among the diet components, water was the main source of fluoride intake; also, a considerable number of children were exposed to higher fluoride doses than recommended.

Keywords

Fluoride; Diet; Fluoride Dentifrice

INTRODUÇÃO

O fluoreto é um mineral amplamente encontrado na natureza⁸ e que tem ação tópica quando integrado ao esmalte dentário, atuando na prevenção da cárie¹¹. Durante o século XX, acreditava-se que para exercer sua máxima efetividade, o fluoreto deveria ser incorporado ao esmalte dentário tópica e sistemicamente, fato que tornava aceitável a presença de fluorose, até mesmo em graus mais graves na população. Contudo, ao final dos anos 80, estudiosos passaram a afirmar que é possível obter a máxima efetividade do fluoreto somente a partir de sua ação tópica, sem a necessidade de altos níveis de ingestão deste mineral^{1,18,11}.

Considerando seus benefícios, o uso do fluoreto foi disseminado de diversas formas ao passar dos anos, por meio de dentífricos, suplementos, enxaguatórios bucais, alimentos e bebidas industrializados; ampliando sua acessibilidade e seus métodos de ingestão^{3,5}. No entanto, em contraste aos benefícios proporcionados, pesquisadores afirmam que o fluoreto, quando ingerido em quantidades acima do adequado passa a ser tóxico e tende a enfraquecer a estrutura sobre a qual foi depositada, produzindo uma ação contrária ao propósito principal: fortalecer a estrutura dentária^{1,8,12}.

Assim, o estudo desse mineral tornou-se essencial, com ênfase no controle da quantidade ingerida e suas possíveis consequências^{3,5,9,16}. Tida como a principal consequência da ingestão excessiva de fluoreto, a fluorose dentária é uma alteração de desenvolvimento do esmalte mediada pelo excesso da quantidade de fluoreto ingerido durante o período de desenvolvimento dos dentes^{3,7,9}.

A fluorose dentária é caracterizada clinicamente como presença de porosidades na superfície do esmalte, podendo haver diversas variações em seus graus de acometimento de acordo com a dose ingerida, tempo de exposição, condição nutricional e fatores individuais¹². Em graus mais graves, pode levar ao comprometimento

da estrutura dentária, acompanhada de implicações estéticas, afetando a saúde oral e a autoestima do paciente²¹.

A partir de estudos sobre fluorose dentária, existem diferentes faixas etárias consideradas críticas, durante as quais se deve ter maior atenção quanto ao excesso de ingestão de fluoreto, assumindo como provável o desenvolvimento da fluorose^{3,9}. Esse período foi descrito por Evans (1995) citado por Buzalaf (2008) como entre 15 a 24 meses para meninos e 21 a 30 meses para meninas ou de 20 a 30 meses para ambos os sexos¹⁵. Todavia, há outra linha de trabalho que sustenta a hipótese de que a exposição total dos 2 a 8 anos³ ou durante toda a etapa de desenvolvimento dos dentes é mais importante do que a ingestão excessiva em curtos períodos determinados².

Trabalhos recentes reconhecem, ainda, outros tipos de fluorose, possivelmente causados pela ingestão excessiva de fluoreto refletida em outras partes do corpo humano: a fluorose esquelética, a fluorose em tecidos periarticulares^{1,12} e ainda sua possível influência genética^{8,14}.

Entretanto, pergunta-se qual o limite de ingestão de fluoreto eficaz no controle da cárie e que não seja fator de risco para o desenvolvimento da fluorose dentária em crianças. A dose diária considerada como ótima e aceita atualmente é de 0,05 a 0,07 mgF/kg^{3,4,15,16} e para medir o nível seguro dessa quantidade de ingestão diária de fluoreto, todas suas fontes devem ser consideradas, tais como água fluoretada, suplementos fluoretados, dentífricos, alimentos e bebidas fluoretadas^{5,12,15,16}. Estudos afirmam que o dentífrico e a dieta são considerados como as principais fontes de ingestão de fluoreto^{5,15,18}. O dentífrico fluoretado tem papel importante no desenvolvimento da fluorose, contribuindo entre 55% e 57% para a dose total de ingestão diária de fluoreto^{5,15,18}. A partir da dieta, que também contribui de modo considerável para a ingestão desse mineral, água é em geral a fonte mais relevante de ingestão de fluoreto^{12,15,18} seguido por outras bebidas e sólidos^{13,18}.

De acordo com a literatura, existem diversos métodos para calcular a quantidade de ingestão de fluoretos a partir do dentífrico ou

da dieta. Alguns exemplos são o Método da Dieta Duplicada ou por meio de questionários, como o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e o Questionário para Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício^{3,5,12,13,15}.

O Método da Dieta Duplicada, usado para avaliar ingestão de fluoreto a partir da dieta, consiste na elaboração de dois pratos contendo porções iguais de alimentos. Um dos pratos será usado para a criança realizar as refeições normalmente e o outro, para que após o término das refeições o responsável estime a quantidade consumida e a restante no prato, para que possa ser feita contagem da porção ingerida e a partir disto seja calculada a ingestão de fluoreto^{5,10}.

Apesar de ser um método eficiente, o Método da Dieta Duplicada necessita de ampla colaboração dos pais e/ou responsáveis, além de apresentar maior custo. Dessa forma, os Questionários para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício e de Frequência Alimentar semiquantitativo são bastante eficazes, além de mais acessíveis e de fácil administração e parecem ser apropriados para avaliação do consumo alimentar habitual de escolares no Brasil, de maneira eficiente, confiável e válida na prática epidemiológica⁵.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a ingestão de fluoreto em crianças de 6 a 8 anos de idade residentes na região do Paranoá – DF, avaliando as principais fontes de ingestão de fluoreto a partir do dentifrício e da dieta de crianças por meio dos Questionários para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício e de Frequência Alimentar.

METODOLOGIA

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sendo aprovado sob número 1400687.

A amostra do estudo foi composta de 89 alunos, regularmente matriculados na Escola Classe 03 do Paranoá - DF, no ano letivo de 2016, todos cursando o 2º ano do ensino fundamental, apresentando

idade entre 6 e 8 anos.

Os responsáveis que aceitaram a participação no estudo foram informados sobre os benefícios e riscos da pesquisa previamente à aplicação dos questionários e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido de participação na pesquisa. Os pais e/ou responsáveis foram convidados a responder os seguintes questionários: Questionário para estimativa de ingestão de fluoreto a partir do dentífrício e Questionário sobre Frequência Alimentar semiquantitativo (QFAsq).

Para os questionários serem incluídos na pesquisa, todas as perguntas deveriam ter sido respondidas pelos responsáveis, assim como deveriam ser fornecidos os dados da criança (nome, sexo, data de nascimento). De 300 questionários aplicados, 129 retornaram, sendo que 29 estavam em branco, 11 preenchidos de modo incompleto e 89 completos, os quais foram selecionados para o estudo.

O Questionário para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentífrício (Anexo D) avaliou a quantidade de fluoreto ingerido por meio do dentífrício e os hábitos de higiene bucal das crianças: frequência de escovação, quantidade de dentífrício utilizado para escovação, ingestão do dentífrício no momento ou não da escovação e quem é o responsável pela higienização. Esse questionário contém 9 questões sendo que em cinco destas os responsáveis foram instruídos a responder SIM ou NÃO nas perguntas que questionavam se a criança escova os dentes, se a criança possui escova de dentes, se a criança usa pastas de dentes (caso sim, qual a marca da mesma), se a criança costuma ingerir pasta durante a escovação e se a criança costuma ingerir pasta em outros momentos além da escovação. Uma das questões deveria ser respondida com o número de vezes que a criança escova os dentes diariamente, uma questão deveria ser assinalada a quantidade de dentífrício usado pela criança para a escovação, contendo as opções ilustradas de: TODA A ESCOVA, METADE ou UM QUARTO (Figura 1), outras duas questões deveriam ser assinaladas correspondendo a quem realiza a escovação do menor

e quem adiciona pasta na escova de dentes, sendo possível para tais questões as alternativas MÃE, PAI, PRÓPRIA CRIANÇA e/ou OUTRO.

Para avaliação dos resultados provenientes desse questionário, o cálculo foi feito de acordo com a alternativa assinalada correspondente a quantidade de dentífrico colocado sobre a escova de dentes (Figura 1). À cada opção foi designado um determinado peso: 1,2g para toda a escova, 0,6g para metade e 0,3g para um quarto da escova; tais pesos foram pré-definidos após estudo através de repetidas pesagens usando balança de precisão⁵.

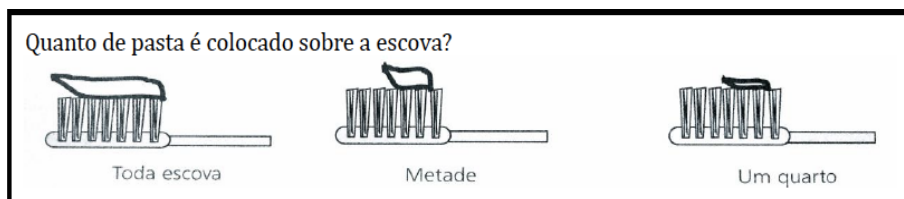


Figura 1 - Quantidade de dentífrico adicionado sobre a escova de dentes. (Fonte: Buzalaf, 2008)

Para obter a quantidade de fluoreto ingerido por meio do dentífrico, multiplicou-se então, a quantidade em gramas de dentífrico colocado sobre a escova pelo valor da concentração de flúor de acordo com a marca especificada pelos pais e pelo número de escovações ao dia. O produto foi, então, multiplicado pela porcentagem de ingestão média de dentífrico, que é de 34%, conforme definido por Richards e Banting (1996) citado por Buzalaf (2008), para crianças a partir dos 6 anos, resultando no valor total da ingestão de fluoreto a partir do dentífrico.

Já o Questionário sobre Frequência Alimentar semiquantitativo (QFAsq) (Anexo D) é uma adaptação do Questionário de Frequência Alimentar desenvolvida por Colluci et al. (2004), assim chamado por usar porções alimentares pré-definidas de acordo com a pirâmide alimentar^{13,18} e por conter uma seção final denominada "Outros". Tal seção é composta por alimentos e bebidas comumente consumidas pelas crianças e que podem contribuir para ingestão de fluoreto⁵.

Esse questionário visou avaliar a quantidade total de fluoreto ingerido por meio da dieta, identificar os itens da dieta mais consumidos, quais os itens que mais contribuem para a ingestão diária de fluoreto e quais os itens da dieta com maior concentração de fluoreto. O questionário contém uma lista com 68 alimentos, para os quais as porções alimentar e concentrações de fluoreto por porção foram previamente definidos e deve ser considerado o consumo alimentar usual durante os 6 meses prévios à sua aplicação.

Para todos os alimentos foram definidas sete alternativas correspondentes à frequência de consumo: nunca, menos de 1 vez por mês, 1 a 3 vezes por mês, 1 vez por semana, 2 a 4 vezes por semana, 1 vez por dia e 2 ou mais vezes por dia.

Arroz cozido (3 colheres de sopa)	
1	Nunca
2	Menos de 1 vez por mês
3	1 a 3 vezes por mês
4	1 vez por semana
5	2 a 4 vezes por semana
6	1 vez por dia
7	2 ou mais vezes por dia

Figura 2 - Alternativas correspondentes à frequência de consumo. (Fonte: Colucci et al., 2004 adaptado por Buzalaf, 2008).

Para cada alternativa equivalente à frequência de consumo (de 1 a 7) foram pré determinados valores multiplicadores correspondentes (0; 0; 0,07; 0,14; 0,43; 1 e 2 respectivamente), utilizados para análise das respostas desse questionário e obtenção dos resultados. Os resultados buscam identificar uma frequência diária de consumo aproximada de cada alimento. Sendo então divididos pela média de peso dos alunos, para obtenção da média de ingestão diária de fluoreto por kg a partir da dieta (tabela 1).

Tabela 1 - Fatores multiplicadores empregados para transformação das categorias de frequência presentes no QFAsq em frequência diária de consumo. (Fonte: Buzalaf, 2008).

Categorias de Frequência	Fatores Multiplicadores
Nunca	0
Menos de 1 vez por mês	0
1 a 3 vezes por mês	0,07
1 vez por semana	0,14
2 a 4 vezes por semana	0,43
1 vez por dia	1
2 ou mais vezes por dia	2

Os dados foram inseridos em uma planilha e analisados no programa Microsoft Excel 2011. Análises descritivas foram realizadas. As médias e desvios padrões foram calculados para as variáveis contínuas. Os valores obtidos para o consumo de fluoreto diário foram comparados a valores padrões determinados pela literatura^{5,15,18}.

RESULTADOS

Característica da amostra

A amostra do estudo foi composta de 89 crianças, com idade média de 7 anos, sendo 51 do gênero feminino e 38 do gênero masculino.

Ingestão de fluoreto por meio do dentifício

A média de ingestão de fluoreto a partir do dentifício por aluno obtida foi de $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/dia.

A análise dos hábitos de higiene bucal está apresentada na tabela 2, na qual se observa, por exemplo, que apenas, 3% dos escolares não escovam os dentes regularmente.

Tabela 2 - Análise dos hábitos de higiene bucal de escolares de 6 a 8 anos residentes no Paranoá – DF.

Higiene bucal	Sim (%)	Não (%)	Nula (%)
Escovação diária	96	3	1
Possui escova	97	2	1
Utiliza dentifrício	99	1	-
Utiliza dentifrício fluoretado	98	1	1
Ingestão de pasta durante a escovação	13	87	-
Ingestão de pasta em outros momentos	1	99	-

Quanto aos demais itens que compõem o Questionário para Estimativa de Ingestão do Fluoreto a partir do Dentifrício, observou-se que 10% dos responsáveis relataram que os escolares escovam os dentes uma vez ao dia, 54% duas vezes ao dia, 35% três vezes ao dia e 1% quatro ou mais vezes ao dia.

Do total de responsáveis, 65% dos responsáveis afirmaram que a própria criança realiza sua escovação, 19% afirmaram que a mãe executa tal atividade, 14% que a escovação é realizada por mais de uma pessoa e os outros 2% afirmaram que outras pessoas, familiares ou não, são responsáveis pela escovação.

Com relação a pergunta referente a quem adiciona o dentifrício na escova de dentes da criança, 52% descreveram que a própria criança, 29% relataram que os pais são responsáveis por adicionar o dentifrício, 15% afirmaram que a atividade é realizada por mais de uma pessoa e 1% mencionaram outras pessoas que executam tal atividade, familiares ou não.

No que se refere à quantidade de dentifrício colocado na escova, 59% dos responsáveis responderam que metade da escova é preenchida, 28% adicionam dentifrício por toda a escova de dentes, 12% adicionam em um quarto da escova e 1% não informou.

Quanto à ingestão de creme dental, 87% dos pais e/ou responsáveis responderam que a criança não ingere dentifrício durante a escovação e 13% afirmaram que sim. Ainda foi relatado que, 99% das crianças não ingerem dentifrício em outros momentos além da

escovação e apenas 1% afirmaram que sim.

Ingestão de fluoreto por meio da alimentação

Dentre os 68 itens de alimentos e bebidas avaliados, os mais consumidos foram: água de abastecimento público, arroz, feijão, leite, açúcar, achocolatado em pó e iogurte de frutas, sendo consumidos ao menos uma vez ao dia. Manteiga/margarina, banana, tomate, laranja, maçã, pêra, suco de outras frutas, pão, suco artificial em pó, bife, carne cozida, frango, ovo foram consumidos de 2 a 4 vezes por semana. Já os alimentos foram consumidos uma vez por semana foram: bolo, batata cozida, biscoito com recheio e cenoura.

Os alimentos com maior concentração de fluoreto por porção são: chá preto, leite em pó integral diluído com água mineral e leite em pó integral diluído com água de abastecimento público, previamente definidos de acordo com Buzalaf (2008). Para a amostra avaliada, a água de abastecimento público, o achocolatado Toddynho, o biscoito Danyt's e o leite integral em pó diluído com água de abastecimento público foram os alimentos que mais contribuíram para a ingestão diária de fluoretos: 33,95%, 11,08% e 6,95% respectivamente.

A contribuição para ingestão de fluoreto de acordo com cada grupo alimentar está apresentada no gráfico 1, no qual se observa que a principal fonte foram as bebidas.

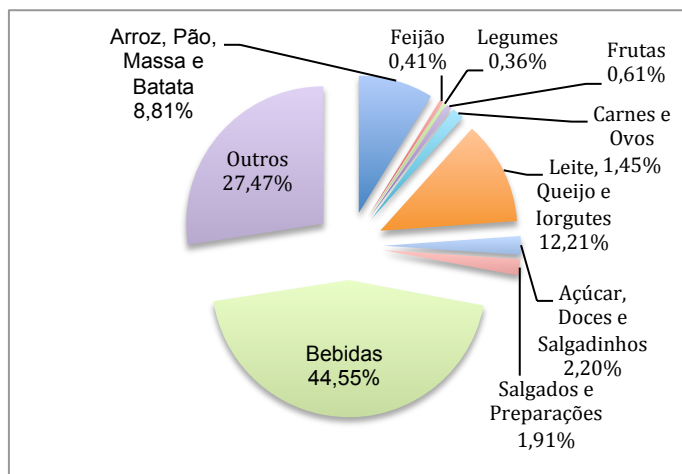


Gráfico 1 - Distribuição da contribuição para ingestão de fluoreto a partir da dieta por grupo alimentar (%).

A média de ingestão de fluoretos por meio dos alimentos sólidos e líquidos, incluindo água, por aluno foi de $0,030 \pm 0,023$ por mg F/kg/dia.

A contribuição para ingestão total de fluoretos foi de 54,09%, a partir do dentifrício e 45,91% a partir da dieta.

A média da ingestão diária de fluoreto obtida a partir da dieta e do dentifrício somados neste estudo foi de $0,066 \pm 0,032$. Baseado no valor de 0,05 a 0,07 mg F/kg tido como dose ótima de ingestão diária⁴, 35,96% dos escolares demonstraram estar acima do ideal, 24,72% no valor considerado ótimo e 39,33% abaixo.

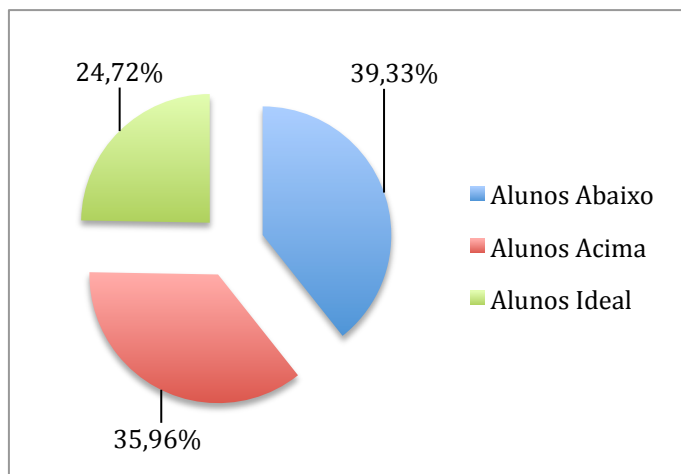


Gráfico 2 - Distribuição de escolares de acordo com a dose ótima de ingestão diária (%).

Sendo que dentre 35,96% dos alunos considerados acima do valor adequado, 8 alunos já haviam atingido o limite de 0,07 mg F/kg quando somente contabilizada a ingestão de fluoreto por meio do dentifrício e 8 quando contabilizada a ingestão de fluoreto a partir da dieta separadamente.

DISCUSSÃO

A aplicação de questionários é um método de fácil administração e indicado para estudos feitos em larga escala⁶. Além do baixo custo, é um instrumento eficaz para o desenvolvimento de estudo epidemiológicos que quando adequadamente planejado e aplicado, gera resultados confiáveis e minimização de erros²⁰.

A aplicação desse questionário no Distrito Federal buscou avaliar a contribuição para ingestão diária de fluoreto a partir do dentífrício e dos itens alimentares habituais e possibilitar a comparação através dos resultados obtidos pelo uso de questionário em outras regiões do país.

Os valores encontrados por meio da ingestão do dentífrício (média de $0,036 \pm 0,020$ mg F/kg/dia) neste estudo é semelhante ao encontrado por Buzalaf em 2008 em estudo similar feito em crianças de 2 a 6 anos de idade em Bauru, São Paulo, que foi de $0,036 \pm 0,028$ e ao resultado encontrado por Miziara em 2009, que foi de $0,036 \pm 0,028$. No entanto, inferior ao encontrado por Lima, 2001, que obteve média de $0,052$ mg F/dia/kg. Tal discrepância pode ser explicada pela porcentagem de dentífrício ingerido devido à diferença de idade entre as amostras. No estudo feito em 2001 eram crianças de 20 a 30 meses, fator que contribuiu para o aumento da porcentagem de dentífrício ingerido durante a escovação, considerado em média 57%. Isso porque, sabe-se que de acordo com o trabalho de Richards e Banting (1996) mencionado por Buzalaf (2008), quanto menor for a criança, maior a probabilidade da mesma ingerir creme dental.

A maioria dos pais e/ou responsáveis afirmaram que os escolares escovam os dentes duas ou mais vezes ao dia, dado semelhante ao encontrado por Lima (2001). Adicionalmente, 65% dos responsáveis afirmaram que a escovação é realizada pela própria criança, percentual que merece atenção, pois apesar de já possuírem coordenação motora para realizar tal atividade, as crianças nessa idade devem contar com a supervisão de um responsável para que a higienização seja feita de maneira correta e efetiva.

Importante ressaltar que neste estudo 90% dos responsáveis afirmaram que as crianças utilizam dentifrício com concentração de 1450 ppm F e a média obtida da quantidade em gramas de dentifrício adicionado a escovas de dente foi de 0,73g. Contudo, de acordo com Cury et al. 2012, a concentração indicada no controle efetivo da cárie para crianças é de 1000-1100 ppm F e o valor recomendado é de 0,3g de dentifrício a cada escovação. O valor encontrado na pesquisa de 0,73g, que corresponde ao preenchimento de mais de metade da escova dental, deve ser considerado excessivo⁷.

Quanto a análise do Questionário de Frequência Alimentar semiquantitativo, a média de ingestão de fluoretos encontrada por aluno foi de $0,030 \pm 0,023$ por kg, valor tido como aceitável e semelhante ao encontrado por Buzalaf em 2008 e Miziara em 2009; entretanto, um estudo conduzido por Levy em 2012, encontrou valores menores, com média de $0,017 \pm 0,009$. Diferença que pode ser justificada devido ao estudo feito por Levy ter sido realizado em região de água de abastecimento público não fluoretada.

A contribuição para ingestão de fluoretos de 54,09% a partir do dentifrício e 45,91% a partir da dieta, também é de valor aproximado ao encontrado por outros estudos^{5,15,18}.

Já a média total de ingestão diária de fluoreto obtida a partir do dentifrício e da dieta em conjunto foi de $0,066 \pm 0,032$, dados semelhantes aos encontrados por Buzalaf em 2008 e Miziara em 2009. Contudo, entre os escolares avaliados neste estudo, 36% estão expostos a doses de fluoreto acima do limite aceitável (0,07 mg F/kg) e somente a minoria das crianças (24,72%) consomem a dose ótima de ingestão diária de fluoreto.

Para mudar tal cenário, devem ser elaboradas estratégias para maior conscientização de pais e crianças, principalmente sobre a quantidade correta de creme dental utilizado para escovação. Além disso, orientações sobre a importância da supervisão de um adulto durante a higienização e a educação quanto à presença de fluoreto em excesso nos alimentos e bebidas são fundamentais para prevenir uma possível fluorose, que pode causar desde o comprometimento

estético¹⁴ até a fragilização da estrutura dentária^{8,12} das crianças.

Os resultados identificados foram semelhantes aos dados encontrados por outros estudos já realizados em crianças brasileiras de semelhante faixa etária, o que reforça a aplicabilidade dos Questionários para Estimativa de Ingestão de Fluoreto a partir do Dentifrício e Questionário sobre Frequência Alimentar semiquantitativo, de modo que podem ser considerados eficientes para condução de estudos epidemiológicos, além do baixo custo e praticidade na administração^{5,18}.

CONCLUSÕES

A partir dos resultados do estudo concluiu-se que:

- O dentifrício foi a principal fonte de ingestão de fluoreto (54,09%) dentre os escolares avaliados. Entretanto, a dieta também contribuiu significativamente para a ingestão diária (45,91%).
- Dentre os componentes da dieta, a água foi o item que mais contribuiu para a ingestão diária de fluoretos (33,95%). Aceitando o valor diário de 0,05 a 0,07 mg F/kg como limiar, 35,96% das crianças foram expostas a uma dose diária de ingestão de fluoreto maior do que a aceitável.

REFERÊNCIAS

1. Aravind A, Dhanya RS, Narayan A, Sam G, Adarsh VJ, Kiran M. Effect of fluoridated water in intelligence in 10-12-year-old school children. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*; 2016;6:237-42.
2. Bardsen A. "Risk periods associated with the development of dental fluorosis in maxillary permanent central incisors: a meta-analysis. *Acta Odontologica Scandinavica*; 1999;57(5):247-56.
3. Bhagavatula P, Levy SM, Broffit B, Weber-Gasparoni K, Warren JJ. Timing of fluoride intake and dental fluorosis on late-erupting permanent teeth. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 2016;44(1):32-45.
4. Burt BA. The changing patterns of systemic fluoride intake. *Journal of Dental Research*; 1992;71(5):1228-37.
5. Buzalaf, MAR, Kobayashi CAN, Philippi ST. Fontes de Ingestão de Fluoreto. Em: Ed. Santos. Fluoretos e Saude Bucal. São Paulo; 2008. p. 11-44
6. Colluci, ACA, Phillipi, ST, Slater, B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos. *Rev. Bras. Epidemiol*; 2004; 7(4):393-401.
7. Cury JA, Tenuta LM, Rédua PC. Creme dental infantil com flúor [Internet]. Associação Brasileira de Odontopediatria; 2012. [Acesso em 02/04/2017]. Disponível em: http://www.abodontopediatria.org.br/Creme_Dental_Infantil_fluor_abo_odontopediatria_.pdf
8. Everett ET. Fluoride's effects on the formation of teeth and bones, and the influence of genetics. *Journal of Dental Research*; 2011; 90(5): 552-560.
9. Fomon SJ, Ekstrand J. Fluoride intake by infants. *Journal of public health dentistry*; 1999;59(4):229-34.

10. Guha-Chowdhury N, Drummond BK, Smillie AC. Total fluoride intake in children aged 3 to 4 years – A longitudinal study. *Journal of dental research*; 1996;75(7):1451-57.
11. Kanduti D, Sterbenk P, Artnik B. Fluoride: a review of use and effects on health. *Materia socio-medica*; 2016;28(2):133-37.
12. Kebede A, Retta N, Abuye C, Whiting SJ, Kassaw M, Zeru T, et al. Dietary fluoride intake and associated skeletal and dental fluorosis in school age children in Rural Ethiopian Rift Valley. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016; 13(8):756.
13. Levy FM, Olympio KPK, Philippi ST, Buzalaf MAR. Fluoride intake from food items in 2 to 6-year-old Brazilian children living in a non-fluoridated area using a semiquantitative food frequency questionnaire. *International Journal of Paediatric Dentistry*; 2012;23(6):444-5.
14. K uchler EC, Tannure PN, Oliveira DSB, Charone S, Nelson-Filho P, Silva RAB, et al. Polymorphisms in genes involved in enamel development are associated with dental fluorosis. *Archives of Oral Biology*. 2017;76:66-9.
15. Lima YBDO, Cury JA. Ingestão de fl or por crianças pela água e dentifrício. *Revista de Saúde Pública*; 2001;35:576-81.
16. Maguire A, Omid N, Abuhaloob L, Moynihan PJ, Zohoori FV. Fluoride content of ready-to-feed (RTF) infant food and drinks in the UK. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 2012;40(1):26-36.
17. Malde MK, Scheidegger R, Julshamn K, Bader HP. Substance Flow Analysis: A case study of fluoride exposure through food and beverages in young children living in Ethiopia. *Environmental Health Perspectives*; 2011;119(4):579-84.
18. Miziara APB, Philippi ST, Levy FM, Buzalaf MAR. Fluoride ingestion from food items and dentifrice in 2-6-year-old Brazilian children living in a fluoridated area using a semiquantitative food frequency questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*; 2009;37: 305-15.
19. Slater B, Philippi ST, Marchioni DML, Fisberg RM. Valida o de

questionários de frequência alimentar - QFA: considerações metodológicas. Rev Bras Epidemiol; 2003;6(3)200-8.

20. Viegas CM, Scarpelli AC, Novaes Junior JB, Paiva SM, Pordeus IA. Fluorose dentária: abordagens terapêuticas para recuperação estética. Revista Gaúcha de Odontologia [Internet]; 2001;59:497-501 [Acesso em 05/02/2017]. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S198186372011000400021&script=sci_arttext

A. NORMAS DA REVISTA

Journal of Applied Oral Sciences

Scope and policy

1 SCOPE

The **Journal of Applied Oral Science** is committed in publishing the scientific and technologic advances achieved by the dental and speech-language pathology and audiology communities, according to the quality indicators and peer reviewed material, with the objective of assuring its acceptability at the local, regional, national and international levels. The primary goal of The Journal of Applied Oral Science is to publish the outcomes of original investigations as well as invited case reports and invited reviews in the field of Oral Sciences, with emphasis in dentistry, speech-language pathology and audiology, and related areas.

This Journal adopts Creative Commons license CC-BY:

"This license lets others distribute, remix, tweak, and build upon your work, even commercially, as long as they credit you for the original creation. This is the most accommodating of licenses offered. Recommended for maximum dissemination and use of licensed materials."

There is no fee to authors for submitting to the JAOS nor Article Processing Charge (APC).

2 General Guidelines

2.1 The papers sent for publication must be original and the simultaneous submission to other journal, either national or international, is not allowed. The Journal of Applied Oral Science shall retain the copyright of all papers published, including translations, yet allowing future reproduction as a transcription, provided the source is properly mentioned.

2.2 Only papers written in the English language shall be accepted, and the authors are fully responsible for the texts, citations and references.

2.3 The Journal of Applied Oral Science has the right to submit all manuscripts to the Editorial Board, which is fully authorized to settle the convenience of their acceptance, or return them to the authors with suggestions for modifications in the text and/or for adaptation to the editorial rules of the Journal. In this case, the manuscript will be re-evaluated by the Editor-in-Chief and Editorial Board.

2.4 The Journal of Applied Oral Science will receive literature reviews and case reports only upon invitation by the Editor.

2.5 The concepts stated on the papers published are full responsibility of the authors and do not necessarily reflect the opinion of the Editor-in-Chief and Editorial Board.

2.6 The dates of receipt of the original paper and its acceptance will be indicated in the occasion it is published.

2.7 Each corresponding author will receive one copy of the Journal. Additional reprints may be supplied upon request and must be paid by the authors.

2.8 Depending on the financial resources of the Journal of Applied Oral Science or the authors, color illustrations will be published at the discretion of the Editor-in-Chief.

3 Revision Criteria

3.1 Technical review: manuscripts will be firstly evaluated regarding presentation according to the instructions for authors and presence of mandatory documents required for submission. Manuscripts not in accordance with instructions will be returned to authors for adjustments before being reviewed by Associate Editors and referees.

3.2 Pre-evaluation: manuscripts in accordance with the instructions will be appreciated by Associate Editors regarding its adequacy to Journal scope and the presentation of all required documents. Papers considered inadequate will be rejected and returned to authors.

3.3 Merit and content evaluation: papers approved by Associate Editors will be evaluated in their scientific merit and methods by at least two ad

hoc referees from different institutions of that of the authors, besides the Editor-in-Chief. Editor-in-Chief will decide on manuscript acceptance. When revision of the original is required, the manuscript will be returned to the corresponding author for modification. A revised version with modifications will be re-submitted by the authors, and that will be re-evaluated by the Editor-in-Chief and Editorial Board, if necessary.

3.4 After approval of the scientific merit, manuscripts will pass through a final review performed by a professional assigned by the JAOS. The costs of this service will be under the authors' responsibility, and instructions regarding the necessary procedures, the value of the service and the payment directly to the professional will be forwarded to the corresponding author. If manuscripts are still considered inadequate, they will be returned to authors for revision.

3.5 Authors and referees will be kept anonymous during the review process.

3.6 Contents of the manuscript are the authors' responsibility and do not reflect the opinion of the Editor-in-Chief or Editorial Board.

4 Galley Proofs

4.1 Galley proofs will be sent to the corresponding author by electronic mail in pdf format for final approval.

4.2 Approval of galley proofs by the corresponding author should be returned with corrections, if necessary, within 72 hours.

4.3 If not returned within 72 hours, the Editor-in-Chief will consider the present version the final, and will not allow further modifications. Corrections in the galley proofs should be restricted to minor mistakes that do not modify the content of the manuscript. Major corrections will imply that the manuscript should enter the review process again.

4.4 Inclusion of new authors is not allowed at this phase of the publication process.

Form and preparation of manuscripts

1 Presentation of the Manuscript

1.1 Structure of the manuscript

Cover page (must be submitted as a supplementary file through the online submission system) which should contain only:

- Title of the manuscript in English.
- Names of the authors in direct order with their respective degrees and affiliations in English.

- Full address of the corresponding author, to whom all correspondence should be addressed, including fax and phone number as well as e-mail address.

1.2 Text

- The paper must be previously translated or reviewed by professional or company responsible for English language. The costs of this service will be under the authors' responsibility. Authors with English as native language must submit as supplementary file a signed letter taking responsibility for the quality of the English language and editing of the text.
- Title of the manuscript and subtitle, if necessary, in English.
- Abstract: should comprise at most 300 words, highlighting a little introduction, objective, material and methods, results and conclusions.
- Key words: (words or expressions that identify the contents of the manuscript). The authors are referred to the list of subjects of the "Index Medicus" and DeCS (Health Sciences Descriptors available at <http://decs.bvs.br//homepagei.htm/>). Authors must use periods to separate the key words, which must have the first letter of the first word in capital letters. Ex: Dental implants. Fixed prosthesis. Photoelasticity. Passive fit.
- Introduction: summary of the rationale and proposal of the study including only proper references. It should clearly state the hypothesis of the study.
- Material and Methods: the material and the methods are presented with enough detail to allow confirmation of the findings. Include city, state and country of all manufacturers right after the first appearance of the products, reagents or equipments. Published methods should be referred to and briefly discussed, except if modifications were made. Indicate the statistical methods employed, if applicable. Please refer to item 3 for ethical principals and registration of clinical trials.
- Results: presents the outcomes in a logical sequence in the text, tables and illustrations. Data contained in tables and illustrations should not be repeated in the text, and only important findings should be highlighted.
- Discussion: this should emphasize the new and important aspects of the study and the resulting conclusions. Any data or information mentioned in the introduction or results should not be

repeated. Findings of other important studies should be reported. The authors should point out the implications of their findings as well as their limitations.

- Conclusion(s) (if any).
- Acknowledgments (when appropriate). Acknowledge those who have contributed to the work. Specify sponsors, grants, scholarships and fellowships with respective names and identification numbers.
- References (please refer to item 2.3)

2 TECHNICAL NORMALIZATION

The manuscript should be typed as follows: 1.5 spacing in 11 pt Arial font, with 3-cm margins at each side, on an A4 page, adding up to at most 15 pages, including the illustrations (graphs, photographs, tables, etc). The authors should keep a copy of the manuscript for possible requests.

2.1 Illustrations and Tables

2.1.1 The illustrations (photographs, graphs, drawings, charts, etc.), regarded as figures, should be limited to the least amount possible and should be uploaded in separate files, consecutively numbered with Arabic numbers according to the order they appear in the text.

2.1.2 Photographs should be sent in original colors and digitized in .jpg or tif formats with at least 10 cm width and at least 300 dpi. These illustrations should be provided in supplementary files and not inserted in the Word document.

2.1.3 The corresponding legends for figures should be clear, concise and typed at the end of the manuscript as a separate list preceded by the corresponding number.

2.1.4 The tables should be logically arranged, consecutively numbered with Arabic numbers. The legend shall be placed on the top of the tables. Tables should be open in the right and left laterals.

2.1.5 Footnotes should be indicated by asterisks and restricted to the least amount possible.

2.2 Citation of the Authors

Citation of the authors in the text may be performed in two manners:

1) Just numeric: " and interfere with the bacterial system and tissue system^{3,4,7-10}". References must be cited in a numeric ascending order within the paragraph.

2) or alphanumeric

- one author - Silva²³ (1986)
- two authors - Silva and Carvalho²⁵ (1987)

- three authors - Ferreira, Silva and Martins²⁷ (1987)
- more than three authors- Silva, et al.²⁸ (1988)
- Punctuation characters such as periods and commas must be placed after the numeric citation of the authors. Ex: Ferreira³⁸.

2.3 References

The references must follow the "Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals - Vancouver" available at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

2.3.1 All references must be cited in the text. They should be alphabetically ordered by the last name of the author and numbered in increasing order accordingly. The order of citation in the text should follow these numbers. Abbreviations of the titles of the international journals cited should follow the Index Medicus/MEDLINE.

2.3.2 Personal communications and unpublished data with no publication date must not be included in the reference list.

2.3.3 Abstracts, monographs, dissertations and theses will not be accepted as references.

2.3.4 The names of all authors should be cited up to 6 authors; in case there are more authors, the 6 first authors should be cited, followed by the expression ", et al.", which must be followed by "period" and should not be written in italics. Ex: Uhl, et al.

2.3.5 At most 30 references may be cited, except for invited reviews by the Editor-in-Chief.

Examples of references:

Book

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Book chapter

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton : CRC Press; 1986. p.95-152.

Papers published in journals

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res. 1992;26:188-93.

Papers with more than 6 authors

The first 6 authors are cited, followed by the expression ", et al."

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. Br J

Cancer. 1996;73:1006-12.

Papers without authors' names

Seeing nature through the lens of gender. Science. 1993;260:428-9.

Volume with supplement and/or Special Issue

Davidson CL. Advances in glass-ionomer cements. J Appl Oral Sci. 2006;14(sp. Issue):3-9.

Entire issue

Dental Update. Guildford 1991;18(1).

The authors are fully responsible for the correctness of the references.

3 ETHICAL PRINCIPLES AND REGISTRATION OF CLINICAL TRIALS

3.1 Experimental procedures in humans and animals

The Journal of Applied Oral Science reassures the principles incorporated in the Helsinki Declaration and insists that all research involving human beings, in the event of publication in this journal, be conducted in conformity with such principles and others specified in the respective ethics committees of authors' institution. In the case of experiments with animals, such ethical principles must also be followed. When surgical procedures in animals were used, the authors should present, in the Material and Methods section, evidence that the dose of a proper substance was adequate to produce anesthesia during the entire surgical procedure. All experiments conducted in human or animals must accompany a description, in the Material and Methods section, that the study was approved by the respective Ethics Committee of authors' affiliation and provide the number of the protocol approval.

3.1.1 Papers presenting **clinical trials** or **clinical studies in human volunteers or in animals** must contain the Ethical Committee approval of the reports of the **results** presented for publication **as mandatory supplementary file**.

3.2 Clinical Trial Registration - International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

The Journal of Applied Oral Science supports the policies of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) for the registration of clinical trials. The journal recognizes the importance of such initiatives for the registration and international publication of clinical studies with an open access. Therefore, the Journal of Applied Oral Science will publish only those clinical trials that have previously received an identification number, the ISRCTN, validated by the criteria established by the WHO and ICMJE. The WHO defines clinical trials as "any research study that

prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes. Interventions include but are not restricted to drugs, cells and other biological products, surgical procedures, radiologic procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, preventive care, etc".

3.2.1 Manuscripts presenting clinical trials in human volunteers must be submitted with the following mandatory supplementary files:

- CONSORT 2010 checklist (<http://www.consort-statement.org/>);
- registration number of the research in a database that meets the requirements of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)
- Suggestions: for Brazilian authors: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>
- Suggestions for Brazilian and non-Brazilian authors: <http://www.controlled-trials.com/> (ISRCTN) or <http://prsinfo.clinicaltrials.gov>.

3.3 The Editor-in-Chief and the Editorial Board reserve the right to refuse manuscripts that show no clear evidence that the methods used were not appropriate for experiments in humans or animals.

4 ANY QUERIES SHALL BE SOLVED BY THE Editor-in-Chief AND EDITORIAL BOARD

Sending of manuscripts

1 MANUSCRIPT SUBMISSION

1.1 Articles must be submitted through the following address <http://www.scielo.br/jaos>

1.2 The original file containing the main manuscript must be submitted without the authors' identification and affiliations. The cover page must be submitted as a supplementary file containing the names of the authors, affiliations and correspondence address.

1.3 Figures must be submitted as supplementary files according to the specifications of item 2.1 regarding the form and preparation of manuscripts.

1.4 - Tables must be prepared in Excel format and must be submitted as a supplementary files.

1.5 Files such as registration number of clinical trial or Ethics

Committee approval must be sent as mandatory supplementary files.

1.6 The letter from the author responsible for English language or from a professional or company responsible for translation or review must be submitted as mandatory supplementary file.

1.7 The [submission form](#), signed by ALL the authors, must be submitted as a supplementary file containing the following text:

By signing the Submission Form, the authors state:

Copyright transfer: In the event of publication of the above mentioned manuscript, we, the authors, agree with the use of Creative Commons license CC-BY and transfer to the **Journal of Applied Oral Science** all rights and interest of the manuscript. This document applies to translations and any preliminary presentation of the contents of the manuscript that has been accepted, but yet not published. If any authorship modification occurs after submission, a document with of agreement of all authors is required to be kept by the Editor-in-Chief. Exclusion of authors may only be accepted by his/her own request.

Responsibilities of the authors:

I hereby state that:

The content is original and does not consist of plagiarism or fraud;

The work is not under consideration or will be submitted to other journal until a final decision is issued by this journal;

I have effectively contributed to this work and am familiar with its contents;

I have read the final version and assume the responsibility for its contents. I understand that if the work, or part of it, is considered deficient or a fraud, I take shared responsibility with the other authors.

Release of conflict of interest:

All my affiliations, corporate or institutional, and all sources of financial support to this research are properly acknowledged, except when mentioned in a separate letter. I certify that do not have any commercial or associate interest that represents a conflict of interest in connection with the submitted manuscript.

PRINT NAME: _____ SIGNATURE: _____ DATE: _____

B. APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:	Número do Parecer:	<input type="button" value="Pesquisar"/>
<input type="text"/>	<input type="text" value="1400687"/>	

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Saúde Bucal e sua relação com o crescimento, desenvolvimento e bem-estar de

Número do CAAE:

51310415.0.0000.0030

Número do Parecer:

1400687

Quem Assinou o Parecer:

Kella Elizabeth Fontana

Pesquisador Responsável:

Ana Paula Dias Ribeiro

Data Início do Cronograma:

01/02/2016

Data Fim do Cronograma:

30/09/2018

Contato Público:

Leandro Augusto Hilgert

C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Saúde Bucal e sua relação com o crescimento, desenvolvimento e bem-estar de escolares do Paranoá-DF", sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Leandro Hilgert. O projeto objetiva relacionar as condições de saúde bucal atuais dos escolares de 6 a 8 anos ao desenvolvimento de saúde geral, cognitivo e história prévia de hábitos dietéticos e higiene oral, e o impacto das intervenções restauradoras minimamente invasivas na qualidade de vida dos escolares e familiares quando realizadas em ambiente escolar.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que o nome o seu filho(a) não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de respostas aos questionários de qualidade de vida que será realizado em sua casa com um tempo estimado de 10 minutos, antes e depois do tratamento dentário do seu filho(a). Para a realização desta pesquisa, também será necessário que seu filho responda a um questionário, relativo à saúde bucal e atividades que ele pratica, por até duas vezes. Além disso, dentistas farão o exame dos dentes e da boca do seu filho que será precedido de uma escovação

bucal, no mesmo local em que ele será atendido (ambiente escolar). Este exame não provocará nenhum incômodo a seu filho e indicará necessidade de tratamento. As crianças que necessitarem de tratamento restaurador de dentes cariados serão tratadas na própria escola. O tratamento pode gerar um pequeno incômodo em função da pressão e do barulho que a retirada da cárie, seja com o instrumento manual ou com o "motorzinho". Caso a criança apresente tal incomodo, o dentista conversará e tentará acalmar seu filho(a). Se ainda assim, a criança não quiser realizar o tratamento, o senhor(a) será informado(a) pela escola e poderá optar em vir a escola para que o tratamento seja realizado com sua companhia.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para desenvolver um programa a ser implementado em escolas com o objetivo de triar, por meio da avaliação do estado de saúde bucal, crescimento e desenvolvimento e desempenho escolar, aqueles alunos que necessitam de intervenção imediata, tornando-se prioridade para o atendimento de saúde bucal pelos serviços públicos de saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano decorrente de sua participação na pesquisa,

você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Ana Paula Dias Ribeiro, na Universidade de Brasília no telefone (61) 3107-1849 ou (61) 82377333, no horário das 8 as 18 hrs.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a). Esse TCLE deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável.

Nome do responsável pelo voluntário / Assinatura

Pesquisador Responsável (Profa Ana Paula Dias Ribeiro)

Brasília, _____ de _____ de _____.


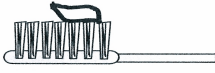
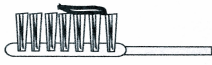
D. QUESTIONÁRIO PARA ESTIMATIVA DE INGESTÃO DE FLUORETO A PARTIR DO DENTIFRÍCIO E DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR SEMIQUANTITATIVO.

QUESTIONÁRIO



Nome do estudante: _____ ID: _____
 Data de nasc: ___/___/____ Gênero (M ou F): __ Data do Exame: ___/___/____
 Escola: _____

1. Questionário para estimativa de ingestão de fluoreto a partir do dentifrício.

A criança escova os dentes? () Não () Sim
Tem escova de dentes? () Não () Sim
Usa pasta de dentes? () Não () Sim – Qual marca? _____
Quantas vezes a criança escova os dentes por dia? _____
Quem realiza a escovação da criança? () Mãe () Pai () Própria criança () Outro _____
Quem coloca a pasta na escova? () Mãe () Pai () Própria criança () Outro _____
Quanto de pasta é colocada sobre a escova?  Toda escova  Metade  Um quarto
A criança costuma ingerir pasta durante a escovação? () Não () Sim
A criança costuma ingerir pasta em outros momentos, além da escovação? () Não () Sim

2. Questionário sobre frequência alimentar semiquantitativo (QFAsq).

Assinale com um "X" a quantidade de cada alimento que a criança consumiu habitualmente durante os últimos 6 meses.

Arroz, Pão, Massa, Batata

<p>Arroz cozido (3 colheres de sopa)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Batata cozida/Purê (1 colher de servir)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Batata frita (1 escumadeira)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Biscoito sem recheio Tucs ® (3 ou 4 unidades)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>
<p>Biscoito com recheio chocolate, wafer (3 unidades)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Cereal Matinal Snowflakes ® (1 xícara)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Macarrão cozido (1 escumadeira)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Macarrão Nissin Miojo ® (1/3 do pacote)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>
	<p>Pão francês (1/2 unidade)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	<p>Espressantes - Maizena ®, Farinha Láctea ®, Mucilon ®*, Cremogema ® (1 ou 2 colheres de sopa)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>	

Feijão

<p>Feijão (1/2 concha)</p> <p>1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia</p>

Verduras e legumes

Obs: As sopas com os legumes deverão ser informadas no grupo dos salgado e preparações (a seguir). Neste momento, assinale apenas quando o alimento for consumido cozido, refogado ou em salada.

<p>Abóbora (2 colheres de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Alface (2 folhas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Repolho (1 colher de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Tomate (3 fatias)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Molho de tomate (1 colher de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Cenoura (1/2 colher de servir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chuchu (1 colher de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Mandioquinha (1/2 colher de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia

Frutas

<p>Banana (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Maçã/Pêra (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Laranja (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Suco de Laranja (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Suco de outras frutas Maracujá, Abacaxi (só o caldo) (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 		<p>Mamão (1 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Goiaba (1/2 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia

Carnes e Ovos

<p>Bife (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Carne cozida (panela/moída) (1/2 fatia/ 3 colheres de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Linguiça Perdigão ® (1/2 gomo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Presunto Sadio ® (1 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Bife de Fígado de Boi (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Frango (cozido, frito, grelhado, assado) (1 pedaço/ unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Peixe (cozido, frito) (1/2 filé, 1/2 pedaço)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Ovo (frito, cozido) (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia

Leite, Queijo, Iogurte

<p>Leite fluido integral (1 xícara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Leite em Pó Integral diluído com água de abastecimento público (1 xícara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Leite em Pó Integral diluído com água mineral (1 xícara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Iogurte de Frutas (1 pote)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Danoninho*/ Chambinho* (1 pote)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Leite Fermentado (Yakult*) (1 pote)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Margarina/Manteiga (1 colher de chá)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Queijo Mussarela Tirolez* (1 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia

Requeijão

(1 colher de sobremesa)

- 1 Nunca
- 2 Menos de 1 vez por mês
- 3 1 a 3 vezes por mês
- 4 1 vez por semana
- 5 2 a 4 vezes por semana
- 6 1 vez por dia
- 7 2 ou mais vezes por dia

Açúcar, Doces e Salgadinhos

<p>Açúcar (1 ½ colher de sobremesa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Achocolato em Pó, (Nescau*, Toddy*) (1 1/2 colher de sobremesa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Bolo comum/ Chocolate (1 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chocolate/Bombom (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Salgadinho/Batata Chips* (1 pacote pequeno)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 			

Salgados e Preparações

<p>Polenta (1 colher de servir/1 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Sopa com Carne (legumes, feijão, macarrão) (1/2 prato)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Sopa com Carne (legumes, feijão, macarrão) (1/2 prato)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Pão de queijo (1 unidade pequena)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Pizza Mussarela Perdigão* (1/2 fatia)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 		<p>Sanduíche (misto, hambúrguer, simples) 1/2 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	

Bebidas

<p>Café com Açúcar (1 xícara de Café)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Refrigerante Coca-Cola* (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Suco Artificial em pó (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chá industrializado (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
	<p>Água (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chá preto (Apichá) (1/2 copo)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	

Outros

<p>Leite em Pó à base de soja diluído com água de abastecimento público (1 xícara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Leite em Pó à base de soja diluído com água mineral (1 xícara)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Achocolatado Toddyho* (1 unidade)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Bebida isotônica Gatorade* (1/2 garrafa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia
<p>Cereal Neston* (6 colheres de sopa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Biscoito Danyt's (3 unidades)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chocolate em barra (1/2 barra pequena)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia 	<p>Chocolates M&Ms (1 unidade pequena)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nunca 2 Menos de 1 vez por mês 3 1 a 3 vezes por mês 4 1 vez por semana 5 2 a 4 vezes por semana 6 1 vez por dia 7 2 ou mais vezes por dia