

ARTIGO

Saúde Coletiva

PERFIL DA SAÚDE BUCAL DOS MORADORES DO BAIRRO FIGUEIRINHA
DO MUNICÍPIO DE XANGRI-LÁ, RIO GRANDE DO SUL - BRASIL

RESIDENTS' ORAL HEALTH PROFILE ON FIGUEIRINHA NEIGHBORHOOD IN
XANGRI-LÁ CITY, RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

PERFIL DE SAÚDE BUCAL

Márcia Cançado Figueiredo*

Jaqueline Lansing Faneze**

Emanuelle Lilian Gass**

* Professora Associada III da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Doutorado em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauru Universidade
de São Paulo - USP, Brasil (1992)

** Acadêmico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul

RESUMO

Conforme o novo preceito do SUS, que ao instituir a Estratégia Saúde da Família passou a nortear suas ações de acordo com as condições de vida e as necessidades dos seus usuários, o presente trabalho teve como objetivo fazer um levantamento das condições de saúde bucal da população residente no Bairro Figueirinha, no município de Xangri-Lá, RS. A partir do levantamento dos dados socioeconômicos da comunidade, constatou-se que a população é muito jovem, que possui uma baixa renda familiar e um nível de escolaridade igualmente muito baixo. A população vive em moradias com péssimas condições de infra-estrutura, sem saneamento básico. Referente a condição bucal, foram encontrados nesta população altos Índices de Placa Visível(74,7%), Sangramento Gengival (63,6%) e Experiência de Cárie, o que retrata um perfil de uma comunidade carente referente aos cuidados com a saúde e higiene bucal. Indivíduos jovens apresentaram um grande número de dentes cariados e adultos alto número de dentes perdidos. Assim, pode-se concluir que esta população necessita de políticas públicas que incluam medidas de saúde geral e bucal curativas, educativas e preventivas.

Palavras-chaves: Saúde Bucal; Sangramento Gengival; Placa Visível.

ABSTRACT

Under the new provision of the Unified health System (SUS), by establishing the Family Health Strategy to guide its actions ,according living conditions and needs of their users ,this study aimed to make a survey about the oral health status of the Xangri-Lá, RS 's Figueirinha neighborhood population .From the survey of the community's socioeconomic data , it was found that the population to be considered in the study is young, and has also the following characteristics : low incomes and low levels of education.. The population lives with poor infrastructure conditions and without basic sewage. Referring to the population's oral conditions , it was found high occurrences of Visible Plaque (74.7 %), Gingival bleeding (63.6 %) and elevated caries indexes, which depicts a profile of a poor community concerning health care and oral hygiene conditions. Young people showed a high number of decayed teeth and adults a big number of missing teeth.Thus , it can be concluded that this population requires public policies that include oral and general health curative, preventive and educational measures.

Keywords: Oral Health; Gingival Bleeding; Visible Plaque.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos o Brasil passou por mudanças significativas na saúde pública. Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o foco do trabalho em saúde tem sido a promoção da saúde, levando em consideração que o processo saúde-doença é determinado socialmente e para explicá-lo é preciso conhecer as condições em que o indivíduo vive e suas interações com a família e a comunidade.¹ O Programa Saúde da Família (PSF) propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, aproximando os profissionais da comunidade, e assumindo o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva, através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que presta assistência de acordo com as reais necessidades da população.²

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil Sorridente, Política Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de ampliar e democratizar a cobertura odontológica do país. Desde então, a Saúde Bucal Coletiva conta com a participação de profissionais integrados aos princípios de promoção de saúde, baseando-se em ações educativas e preventivas e não mais em tratamentos centralizados apenas em procedimentos operatórios e emergenciais.² Assim, qualquer proposta de intervenção em saúde passa por observar, apreender a realidade, em cada espaço social, para poder compreender o indivíduo, o cidadão e as redes sociais que se constroem, podendo, desta forma, definir as necessidades do cidadão, seus problemas e processos coletivos de transformação do modo de vida em sociedade para conseguir a saúde bucal.³

Dentro deste novo contexto de Saúde Bucal, o objetivo do presente trabalho é fazer um levantamento das condições de saúde bucal da população residente no Bairro Figueirinha, no município de Xangri-Lá, RS. O critério analisados abrangem Avaliação do Índice de Placa Visível (IPV), Índice de Sangramento Gengival (ISG), Índice de Cárie e Perfil Socioeconômico cultural da população infantil, adolescente, adulta jovem e adulta madura, cadastrada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Figueirinha.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram examinados 339 indivíduos moradores do Bairro Figueirinha/ Xangri-lá, RS, que se voluntariaram a participar do presente estudo. Estes estavam distribuídos em 104 famílias, das quais o responsável assinava um Termo de Consentimento Informado,

autorizando a pesquisa. A coleta de dados realizou-se através de Visitas Domiciliares, acompanhadas e orientadas pelos Agentes Comunitários da UBS Figueirinha. Os exames clínicos foram realizados por acadêmicos do Curso de Odontologia da UFRGS, treinados e calibrados, segundo os parâmetros do SB Brasil 2000 e o registro dos dados era feito por um anotador. Os indivíduos eram posicionados em ambiente com boa iluminação natural e o Índice de Sangramento Gengival (ISG) era verificado após o examinador realizar uma Escovação com Escova Dental multicerdas fornecidas pelo Programa Brasil Sorridente, que depois do exame era entregue para cada membro da família. Os Índices de Placa Visível e de Sangramento Gengival eram registrados segundo sua Presença ou Ausência e a Experiência de cárie foi registrada de acordo com a condição clínica encontrada, utilizando os seguintes critérios: dentes Hígidos, Cariados, Obturados, Perdidos, Ausentes e com Extrações Indicadas. A análise das condições socioeconômicas se fez através da aplicação de um questionário-entrevista com perguntas sobre Renda Familiar, Escolaridade do Chefe de Família, Hábitos de Higiene Bucal, Hábitos de Alimentação, Frequência de Consumo de Açúcar e Características da Habitação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob o registro do CEP 463 Processo no 001.00579210.0 datado de 03/02/2010.

RESULTADOS

A amostra para o seguinte estudo foi de 339 indivíduos divididos nas seguintes Faixas Etárias: Crianças (até 12 anos), Adolescentes (13 a 19 anos), Adultos Jovens (20 a 40 anos) e Adultos Maduros (mais 40 anos), Tabela 1(página 8).⁴ Sendo que dessa população, 182 (53,7%) eram do gênero feminino e 157 (46,3) do gênero masculino.

Questionários foram aplicados para se obter o perfil do nível socioeconômico da população. A Renda Familiar relatada foi menor que 1 Salário Mínimo em 59% dos entrevistados. A Escolaridade prevalente para os Chefes de Família foi de 1º grau incompleto, representando 91,21%, já o analfabetismo foi baixo (6,73%). Tabela 2 (página 8).

Em relação aos dados sobre as condições de moradias dessa população, verificou-se que em 56,1% das famílias o número de moradores por domicílio é de 3 a 5 indivíduos. A

maior parte (51,9%) mora em casas de madeira e 65,2% dos indivíduos da amostra residem em casas com 3 a 5 cômodos. Tabela 3 (página 9).

Ao avaliar as condições de infra-estrutura/instalações das moradias de cada integrante da amostra, obteve-se que 88,2% vivem em domicílios com banheiro dentro da estrutura da casa. 214 pessoas (63,1%) possuem entre 3 a 5 torneiras instaladas nas suas casas, entretanto, não houve relato de inexistência de torneira em casa. Toda a localidade tem acesso à água proveniente de Poços Artesianos, portanto, a água não é tratada, nem possui fluoretos adicionados à sua composição. Além disso, 50,1% dos indivíduos residem em domicílios com Fossa Séptica, mostrando que a falta de saneamento básico é mais um grave problema enfrentado por essa comunidade.

Com relação à situação odontológica, a amostra foi avaliada por questionário semi estruturado, além de exames bucais. Para avaliar o grau de conhecimento da população sobre os cuidados com a saúde bucal, foram feitas três perguntas básicas: Frequência de ingestão de açúcar por dia, Frequência de Higiene Bucal por dia e Orientação de Higiene Bucal. 72,0 % dos indivíduos relataram ingerir açúcar entre 2 a 3 vezes por dia, 63,1% afirmaram realizar higiene bucal de 2 a 3 vezes por dia (Tabela 4, página 9) e 65,2 (221 pessoas) relataram nunca ter recebido Orientação de Higiene Bucal profissional.

Ao realizar exames clínicos, altos Índices de Placa Visível (74,7%) e Sangramento Gengival (63,6%) foram encontrados no total da população estudada. Gráfico 1 (página 10).

Até 12 anos a média de dentes Cariados foi de 2,26/pessoa e dos 13 aos 19 anos 1,44/pessoa, sendo que este foi o componente do Índice de Cárie mais encontrado nestas faixas etárias. Já na faixa dos 20 aos 40 anos a média de dentes perdidos foi de 4,15/pessoa e a partir de 40 anos a média foi 19,92/pessoa, com uma maior prevalência de dentes perdidos para esta faixa da população. Em todas as faixas etárias a média de dentes Obturados por pessoa foi baixa se comparada com a média de Cariados e Perdidos. Gráfico 2 (página 10).

Tabela 1 – Divisão da Amostra por Faixas Etárias em Número e Porcentagem de Indivíduos.

Faixas Etárias	Nº de Indivíduos	% da amostra
<i>Até 12 anos</i>	130	38,3
<i>De 13 a 19 anos</i>	47	13,9
<i>De 20 a 40 anos</i>	84	24,8
<i>Mais de 40 anos</i>	78	23,0
<i>Total</i>	339	100,0

Tabela 2 – Renda Familiar Total em Porcentagem de Salários Mínimos por Família e porcentagem de Escolaridade dos Chefes de Família.

Renda Familiar	%	Escolaridade	%
Total			
<i>Menos de 1 SM</i>	59,0	<i>1º grau incompleto</i>	91,2
<i>1 a 2 SM</i>	28,5	<i>1º grau completo</i>	2,1
<i>3 a 5 SM</i>	11,4	<i>Analfabeto</i>	6,7

Tabela 3 – Número de Moradores por domicílio por porcentagem de Família. Tipo de Moradia por Porcentagem de Indivíduos. Número de Cômodos da casa por Porcentagem de Indivíduos.

	<i>Até 2</i>	<i>De 3 a 5</i>	<i>Mais de 5</i>
Nº de Moradores por domicílio	19,5%	56,1%	22,8%
Nº de Peças no Domicílio	7,4%	65,2%	27,4%
	<i>Alvenaria</i>	<i>Madeira</i>	<i>Mista</i>
Tipo de Moradia	27,1%	51,9%	21,0%

Tabela 4 – Porcentagem de pessoas conforme a frequência de ingestão de açúcar e higiene bucal por dia

	Frequência de Ingestão de Açúcar	Frequência de HB por dia
<i>1 vez ao dia</i>	15,6%	35,4%
<i>2 a 3 vezes ao dia</i>	72,0%	63,1%
<i>Mais de 3 vezes ao dia</i>	12,4%	1,5%

Gráfico 1 – Porcentagem de Presença de Placa Visível de Sangramento Gengival por Faixas Etárias

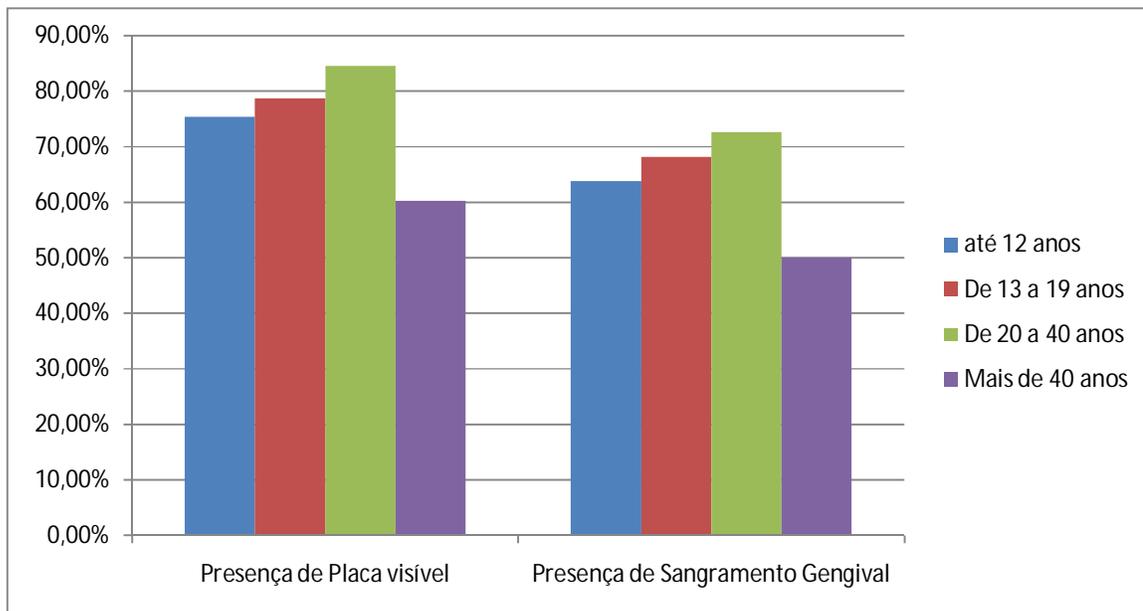
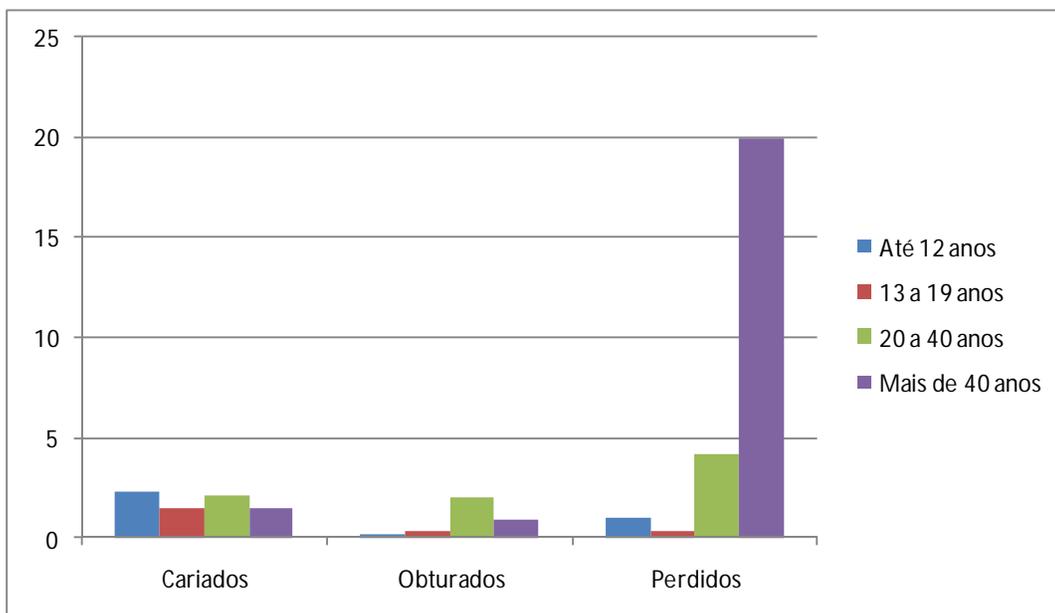


Gráfico 2 – Média de dentes Cariados, Perdidos e Obturados por indivíduos nas diferentes faixas etárias



DISCUSSÃO

A reforma dos Serviços de Saúde tem sido apontada como uma das causas para o declínio nos Índices de Cárie, juntamente com fatores como, a adição de flúor à água de abastecimento público e o emprego em larga escala de dentifrícios fluorados.⁵ No entanto, a melhoria do nível global dos indicadores de cárie dentária, foi acompanhada pela polarização do agravo nos grupos de população mais submetidos à privação social e exposição à fatores de risco.⁶ Assim, a cárie dentária permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil, o que reflete as péssimas condições de saúde bucal da população Classe E.⁷

As famílias que vivem em situação de exclusão social, em geral, obtêm sua renda do trabalho informal e de auxílios governamentais. Nesse contexto se insere o Programa Bolsa Família destinado às famílias em situação de pobreza, com renda per capita de até R\$ 137,00 mensais. Os valores pagos variam de R\$22,00 a R\$200,00, de acordo com a renda mensal de cada membro da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos.⁸ Esta situação de privação social foi observada na população alvo deste estudo, sendo uma comunidade muito jovem (38,3% tem até 12 anos) e com indicadores sociais preocupantes, vivendo quase que exclusivamente do auxílio Bolsa Família.

Diversos estudos têm mostrado forte relação entre os níveis de prevalência de cárie e indicadores sociais por encontrarem piores figuras de CPOd em populações com baixa renda e escolaridade, corroborando os resultados encontrados neste estudo.^{9,10,11,12,13} Na população estudada, a maior parte das famílias relatou Renda Familiar menor do que 1 salário mínimo e escolaridade de 1º grau incompleto. A população se caracteriza por ter péssimas condições de moradia, pois a maioria das casas é de madeira com 3 a 5 cômodos, abastecidas com água proveniente de Poços Artesianos e sem uma Rede de Esgoto. Agregada a falta de condições adequadas de infra-estrutura, o alto número de moradores por domicílio vem a potencializar os problemas. Portanto, a cárie dentária pode ser considerada um forte indicador de desigualdade social, pois o SB Brasil 2003 mostrou que mais de 37,6% dos jovens com baixa escolaridade, residentes em domicílios muito aglomerados e com pouco acesso a bens de consumo perdem precocemente o 1º molar e 14% sofrem de dor dentária.¹⁴

Ao avaliar os resultados clínicos deste estudo, pode-se perceber que a população estudada apresentou alto Índice de Placa Visível (IPV) e Sangramento Gengival (ISG), refletindo baixo grau de conhecimento e de motivação para o autocuidado com saúde bucal,

uma vez que diversos artigos da literatura relatam a importância da instrução de higiene ser acompanhada de motivação e reforços periódicos para a redução do IPV e ISG.^{15,16,17,18,19} Na amostra avaliada uma alta porcentagem de indivíduos realizava higiene bucal 3x ao dia, o que vai de encontro aos dados clínicos encontrados, evidenciando que a situação relatada pelos entrevistados não condiz com a realidade do seu dia a dia ou que o grau de conhecimento destes a respeito de técnica de higiene bucal é insuficiente.^{20,21,22}

Em relação a Experiência de Cárie da população estudada, observou-se que até os 19 anos os indivíduos apresentaram maior número de dentes cariados e obturados (o último em menor escala), já a partir dos 20 anos aumenta grandemente o número de elementos perdidos. Estes dados estão de acordo com outros estudos e com os resultados do SB Brasil 2003, indicando que, tradicionalmente e ainda hoje, o problema da cárie dentária só é resolvido quando não há mais condição de se recuperar o elemento dentário, sendo a exodontia a principal estratégia assistencial na localidade.^{14,23,24}

Apesar da situação negativa encontrada neste e em outros estudos, em geral, no Brasil, tem ocorrido um declínio na Experiência de Cárie atribuído vastamente a Política de Fluoretação das Águas, o que, em parte, poderia explicar o alto Índice de Cárie encontrado na população estudada, pois a região é abastecida exclusivamente por Poços Artesianos (sem fluoretação).²⁵ No entanto, a alta disseminação de dentifrícios fluoretados poderia ter alterado este quadro, sendo que a população tem acesso a estes produtos até mesmo através do Programa Brasil Sorridente, que os fornece gratuitamente. Portanto, pode-se perceber que o Alto Índice de Cáries nesta população deve estar associado mais fortemente a fatores comportamentais, como a alta frequência de ingestão de açúcar, do que ao acesso ao flúor.^{19,26,27,28,29}

Assim, fica evidente a necessidade de atuação direta da Equipe de Saúde na promoção de saúde bucal e geral nesta comunidade através de ações individuais e coletivas. Tendo em vista que quase metade da população encontra-se em idade escolar, sugere-se a implementação deste Programa dentro de Escolas de forma permanente e contínua. Já os hábitos de Ingestão de Açúcar entre as refeições mostram que um Programa de Promoção de Saúde para esta população precisa envolver não só temas relacionados à higiene bucal, mas também hábitos de alimentação, visando a transformação permanente de comportamentos nocivos a saúde bucal e geral.

Estes dados nos levam a crer que a falta de um Cirurgião-dentista na PSF Figueirinha pode ser, em parte, responsável por este quadro. Assim, além da contratação de uma Equipe de Saúde Bucal para o PSF Figueirinha, sugere-se a realização de Ações Coletivas de Saúde, envolvendo a Equipe de Saúde, Prefeitura Municipal e Instituições de Ensino para a realização de Técnica de Restauração Atraumática e Educação em Saúde, que poderão amenizar rapidamente o quadro de saúde bucal encontrado.

CONCLUSÕES

Após analisar o perfil da saúde bucal dos moradores no Bairro Figueirinha localizado no município de Xangri-Lá, Rio Grande do Sul, conclui-se que a população estudada é jovem com baixa Renda Familiar, baixa Escolaridade e que vive em péssimas condições de moradia e sem saneamento básico. Conseqüentemente, encontrou-se nesta população altos Índices de Placa Visível, Sangramento Gengival e de dentes Cariados e Perdidos.

O alto número de dentes Cariados reflete a grande necessidade de tratamento curativo nesta população e o número de dentes Perdidos mostra que ainda hoje o tratamento mais realizado é a extração. Além disso, os dados coletados a respeito hábitos de higiene e frequência de ingestão de açúcar evidenciam a necessidade de urgente implementação de Programas de Promoção de Saúde que instruem e motivem a população a valorizar sua Saúde Bucal.

A amostragem por conveniência realizada neste estudo pode gerar potenciais vieses de seleção, pois não há como saber se todas as pessoas incluídas na amostra são representativas da população, impedindo uma declaração conclusiva sobre os resultados obtidos. Mesmo assim, os resultados deste estudo poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal no município de Xangri-lá, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a colaboração da Prefeitura Municipal de Xangri-lá, RS, Secretaria Municipal de Saúde de Xangrilá, RS, do Cirurgião-Dentista da prefeitura de Xangri-lá Roberto Chittoni Neto e dos Agentes Comunitários do PSF Figueirinha.

REFERÊNCIAS

1. Sandrini JC. Saúde Bucal Coletiva: da reforma do Estado ao resgate da cidadania. Arq Ciênc Saúde Unipar. 1999; 3(2): 161-8.
2. Lourenço EC, Silva ACB, Meneguim MC, Pereira AC. A inserção das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(1): 1367-77.
3. Cordón JA. Construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. Cad Saúde Pública. 1997; 13(3): 557-63
4. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JÁ. Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
5. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie Dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. Rev Panam de Salud Pública. 2006; 19(6): 385-93
6. Martins MD, Araújo RGD, Veloso NF. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico de crianças de baixa renda. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 1999; 2(6): 132-6.
7. Bueno C. IBGE e a divisão de Classes no Brasil. Londrina: Folha de Londrina; atualizada em 28/10/2009. Disponível em: <http://cezarbueno.wordpress.com/2009/10/29/ibge-e-a-divisao-de-classes-no-brasil/>
8. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Programas Federais - Bolsa Família. São Paulo: atualizada em maio de 2009. Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/federais_bolsafamilia.
9. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. Cad Saúde Pública. 2002; 18(3): 755-63.
10. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18(3): 699-706.
11. Peres SHC, et al. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(2): 2155-62.

12. Rigo L, Abegg C, Bassani DG. Cárie dentária em escolares residentes em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, com e sem fluoretação nas águas. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010; 7(1): 57-65.
13. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Boa Sorte JÁ, Coimbra LGA, Carvalho RB. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Unimontes Cient*. 2005; 7(1): 72-9.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília(DF): 2004. p68.
15. Navarro RS, Esteves GV, Youssef MN. Estudo clínico do comportamento de escolares mediante escovação supervisionada e motivação no controle de placa bacteriana. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1996; 10(2): 153-7.
16. Saliba CA, Saliba NA, Almeida AL, Freire M, Moimaz SAS. Estudo comparativo entre a eficácia da escovação orientada e supervisionada e a profilaxia no controle da placa bacteriana dentária. *Rev Odontol UNESP*. 1998; 27(1): 185-92.
17. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5): 634-7
18. Szpilman ARM, Miotto MHMB, Barcellos LA. O efeito da informação verbal e demonstração na higiene de crianças de seis a doze anos. *UFES Rev Odontol*. 2005; 7(1): 18-29.
19. Rossa C JR, Silva VC, Urban VM. Efeito da motivação repetida durante a terapia periodontal relacionada à causa em pacientes adultos. *RPG Rev Pós Grad USP*. 2004; 11(4): 352-7.
20. Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cortelli SC. Condição dentária e hábitos de higiene bucal em crianças com idade escolar. *Rev Biociênc Taubaté*. 2001; 7(1): 63-9.
21. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4): 606-14.

22. Lisbôa 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 Serv Saúde*. 2006; 15(4): 29-39.
23. Silvai RHA, et al .Cárie dentária em população ribeirinha do Estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil, 2005/2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(10): 2347-53.
24. Arantes R, Santos RV, Coimbra CEA JR. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 375-84.
25. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2000.
26. Lascalea NT, Moussalli NH. Higienização bucal - fisioterapia - aspectos preventivos em odontologia. In: Lascalea NT. *Prevenção na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 120-45.
27. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(9): 2131-40.
28. Leite TA, De Paula MS, Ribeiro RA, Leite ICG. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. *Rev Odontol Univ São Paulo*. 1999; 13(1): 13-8.
29. Moreira PVL, Rosenblat A, Passos IA. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12:(005): 1229-36.