

**Levantamento Epidemiológico de Cárie em Crianças de Cinco anos de uma População sob
Responsabilidade de um Serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS**

Renyelle Schwantes de Souza *

Ananyr Porto Fajardo **

Roberta Garcia ***

* Cirurgiã-dentista. Residência Integrada em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição (GHC).
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

** Ms. Cirurgiã-dentista. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, Rio Grande do
Sul, Brasil.

*** Dra. Cirurgiã-dentista. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, Rio Grande do
Sul, Brasil.

RESUMO

O conhecimento do perfil epidemiológico da população é necessário no planejamento de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente. O estudo aqui relatado tem como objetivo realizar um levantamento epidemiológico de cárie dentária em criança sob responsabilidade de duas unidades de saúde pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e relacionar os achados com fatores associados à vulnerabilidade das famílias. O estudo é caracterizado como observacional analítico transversal e a amostra foi composta por 77 crianças de cinco anos de idade cadastradas nas Unidades de Saúde onde foi realizada a pesquisa. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: entrevista domiciliar com a mãe e/ou responsável e exame clínico odontológico para avaliação da condição bucal utilizando o índice ceo-d. O resultado encontrado foi a média de 2,18 dentes com experiência de cárie por criança, semelhante aos

apresentados no levantamento nacional SB Brasil 2010. Houve associação significativa entre o nível de escolaridade das mães e presença de cárie. O mesmo ocorreu referente à relação entre relação morador/cômodo e presença de cárie, demonstrando que fatores associados à vulnerabilidade das famílias podem estar relacionados à experiência de cárie aos cinco anos. Para atuar sobre esses fatores, as equipes de saúde da família tem um importante papel, com uma abordagem inclusiva e ações intersetoriais, buscando melhorar a condição de saúde bucal dessa população.

Palavras chave: cárie dentária; vulnerabilidade em saúde; levantamento epidemiológico; saúde bucal; atenção primária.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS - Conferência Nacional de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GHC - Grupo Hospitalar Conceição

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PSF - Programa de Saúde da Família

SSC - Serviço de Saúde Comunitária

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

US - Unidade de Saúde

INTRODUÇÃO

A implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando ao avanço na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propôs um modelo que visa à universalidade, integralidade e equidade. Lançada em março de 2004, está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e se propõe a desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças com resolutividade e qualidade, que permitam mudanças no nível de saúde bucal da população, com reflexos positivos em sua saúde geral (BRASIL, 2004).

O conhecimento do perfil epidemiológico da população é necessário no planejamento de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente (BRASIL, 2004). No caso da cárie dentária, o conhecimento sobre a experiência de cárie na dentição decídua é relevante, principalmente, pelo fato de ter sido considerada o mais forte preditor de cárie na dentição permanente, podendo sugerir se o meio bucal estará favorável ou não durante a erupção dos primeiros molares permanentes (CYPRIANO, 2003).

A vigilância epidemiológica permanente das condições de saúde bucal através de indicadores como o ceo/CPO e das necessidades de tratamento é fundamental para se determinar a escolha de um programa que inclua ações preventivas e educativas, bem como para planejar serviços odontológicos (PINTO, 2008; ALVANHAM; GONINI, 2009).

Visando ao trabalho com promoção de saúde, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC) implementou em 1992 o Programa da Criança (BRASIL, 2009). Desde então, vem-se buscando integrar as ações de saúde bucal à atenção integral da criança. A ação de vigilância em saúde bucal das crianças de 0 a 48 meses,

iniciada em 2009, visa a facilitar seu acesso aos serviços de saúde; promover hábitos saudáveis; proporcionar espaço de educação em saúde para pais/responsáveis/cuidadores; capacitar e sensibilizar os demais integrantes da equipe quanto à importância da saúde bucal na primeira infância; e realizar o diagnóstico precoce de cárie e má-oclusão, que representam as patologias bucais mais comuns nessa faixa etária.

Muitos estudos têm mostrado que, além dos fatores determinantes – biofilme, indivíduo e dieta – aspectos sociais, econômicos e comportamentais podem influenciar diretamente na prevalência de cárie (FEJERSKOV, 1990; ZAFFAR, 2009). Nesse sentido, o diagnóstico da doença cárie deve ter uma abordagem diferenciada, que não se resume simplesmente à identificação de lesões, mas que inclua a avaliação de elementos biológicos e comportamentais relacionados à condição.

As ações no ambiente familiar possuem importante papel, pois possibilitam conhecer a realidade da saúde bucal da família e das crianças. As famílias em risco social merecem um acompanhamento contínuo, fortalecendo a manutenção do vínculo e suporte, visto que estudos têm evidenciado a associação direta entre privação social e piores condições de saúde bucal (ALVANHAN; GONINI, 2009). Por esse motivo foram avaliados nesta pesquisa fatores associados à vulnerabilidade das famílias.

METODOLOGIA

Este é um estudo observacional analítico transversal, realizado nas Unidades de Saúde Divina Providência e Nossa Senhora Aparecida, localizadas na zona norte da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2013 nos domicílios dos participantes ou no local em que a criança estivesse presente com o responsável.

A população foi constituída pelo número total de crianças com cinco anos de idade cadastradas nas duas Unidades de Saúde, que constavam na lista de usuários ativos no mês que antecedeu ao início da coleta, e cujos pais ou responsáveis autorizaram a participação no estudo através da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram consideradas perdas as crianças fora da área do território adscrito; aquelas que não foram encontradas em seus domicílios em duas tentativas e em horários diferenciados; e as crianças que não aceitaram participar do exame clínico ou que não tinham autorização dos pais/responsáveis. O número final de crianças examinadas foi de 77.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: entrevista domiciliar com a mãe e/ou responsável e exame clínico odontológico realizado na escola, creche ou residência.

Previamente ao início da coleta, foi realizado o treinamento e calibração (conforme metodologia utilizada no SB 2010), a fim de assegurar uma interpretação uniforme e consistente dos critérios padronizados para a coleta dos dados. Um profissional (treinado para atuar como examinador no SB Brasil 2010) atuou como instrutor de calibração e realizou oficinas, em condições semelhantes aos exames propriamente ditos, com o propósito de calibrar a equipe de campo – pesquisadoras e anotadoras -, minimizando as variações entre diferentes examinadores. Durante a coleta propriamente dita foi utilizado um questionário que objetivava levantar fatores relacionados à vulnerabilidade da família, como grau de escolaridade do chefe de família e/ou da mãe, caso esta não fosse chefe de família, renda familiar, condições de moradia e acesso ao serviço de saúde. Além disso, também foi registrada a percepção sobre a saúde bucal da criança e preenchida uma ficha clínica. O questionário foi aplicado ao responsável pela criança antes da realização do exame clínico. Os exames clínicos foram feitos utilizando-se espelho bucal plano e sonda para exame epidemiológico bucal (sonda OMS), sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada

sentados. Quando constatadas necessidades clínicas de intervenção, as crianças foram encaminhadas para tratamento na US correspondente.

No exame clínico foram observadas a experiência de cárie dentária, utilizando-se o índice ceo-d, preconizado pela OMS (1997), e a oclusão das crianças. Os resultados referentes às condições de oclusão desse levantamento são objeto de outro artigo em submissão.

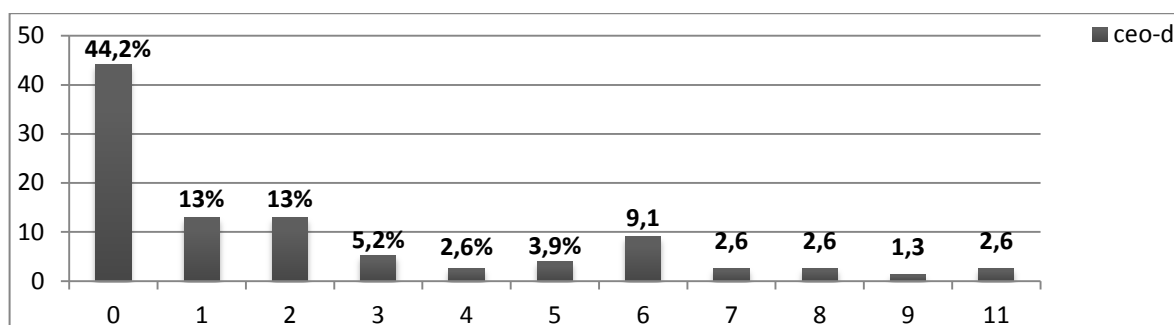
Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa SPSS, versão 17.0 utilizando-se o teste Exato de Fisher, ao nível de significância estatística de $p < 0,05$. O projeto foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC sob o número CAAE: 11690712.6.0000.5530, tendo sido aprovado em 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

No total foram examinadas 77 crianças de cinco anos de idade, sendo 34 (44,2%) do sexo masculino e 43 (55,8%) do sexo feminino. Um total de 53 (68,8%) crianças foi declarado pelos responsáveis como sendo da raça branca, 15 (19,5%) da raça negra e 9 (11,7%) como pardas.

O índice ceo-d observado variou entre zero e onze, com uma média de 2,18 dentes com experiência de cárie por indivíduo, havendo predomínio do componente cariado. Além disso, 44,2% das crianças estavam livres de cárie.

Figura 1. Distribuição do índice CEO-d na população estudada.



Quanto à necessidade de tratamento, a mais frequente encontrada foi restaurações de uma superfície e 49,35% das crianças não apresentavam necessidade de tratamento para cárie.

A respeito dos fatores socioeconômicos questionados, a maioria dos chefes de família tinha ensino médio completo (35,1%) e cerca de um terço destes eram as mães das crianças. Para escolaridade das mães prevaleceu o ensino fundamental incompleto (29,9%), seguido do ensino médio completo (28,6%).

A renda familiar da maioria das famílias foi de R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00 (53,2%). Além disso, grande parte das famílias tinha a relação de pessoa por cômodo menor que 1 (62,3%); contudo, essa relação chegou a 3,5, havendo sete pessoas morando em dois cômodos.

Sobre o acesso ao dentista, 76,6% das crianças avaliadas já tinham ido ao dentista pelo menos uma vez e 79,2% nunca tiveram dor de dente. Quando questionadas se achavam que a criança precisaria ir ao dentista, 90,9% das mães responderam que sim, a maioria relacionando à prevenção (45,45%), seguido pelo motivo de cárie (25,97%).

Quanto ao cuidado da criança, 42,9% dos entrevistados responderam que as crianças passam a maior parte do tempo com a mãe. A maioria fica a maior parte do tempo em casa (61%), enquanto 28,6% das crianças ficam na creche.

Tabela 1. Associação entre ceo-d e variáveis descritivas.

	ceo-d igual a zero	ceo-d diferente de zero	<i>p</i>
Gênero			
Masculino	19 (55,9%)	15 (44,1%)	0,105
Feminino	15 (34,9%)	28 (65,1%)	
Cor / Raça			
Branca	26 (49,1%)	27 (50,9%)	0,487
Negra	5 (33,3%)	10 (66,7%)	
Parda	3 (33,3%)	6 (66,7%)	
Chefe de família			
Mãe	11 (45,8%)	13 (54,2%)	1,000
Outro	23 (43,4%)	30 (56,6%)	
Escolaridade chefe da família			
Até médio incompleto	17 (37,8%)	28 (62,2%)	0,245
De médio completo em diante	17 (53,1%)	15 (46,9%)	
Escolaridade da mãe			
Até médio incompleto	16 (32,7%)	33 (67,3%)	0,009*
De médio completo em diante	18 (64,3%)	10 (35,7%)	
Relação pessoa/cômodo			
Menor ou igual a 1	29 (60,4%)	19 (39,6%)	<0,001*
Maior que 1	5 (17,2%)	24 (82,8%)	
Renda familiar			
Até R\$ 1500	18 (38,3%)	29 (61,7%)	0,213
De R\$ 1501 em diante	14 (56%)	11 (44%)	
Com quem passa mais tempo			
Pais	14 (38,9%)	22 (61,1%)	0,491
Outros	20 (48,8%)	21 (51,2%)	
Já ter ido ao dentista			
Sim	23 (39%)	36 (61%)	0,112
Não	11 (61,1%)	7 (38,9%)	

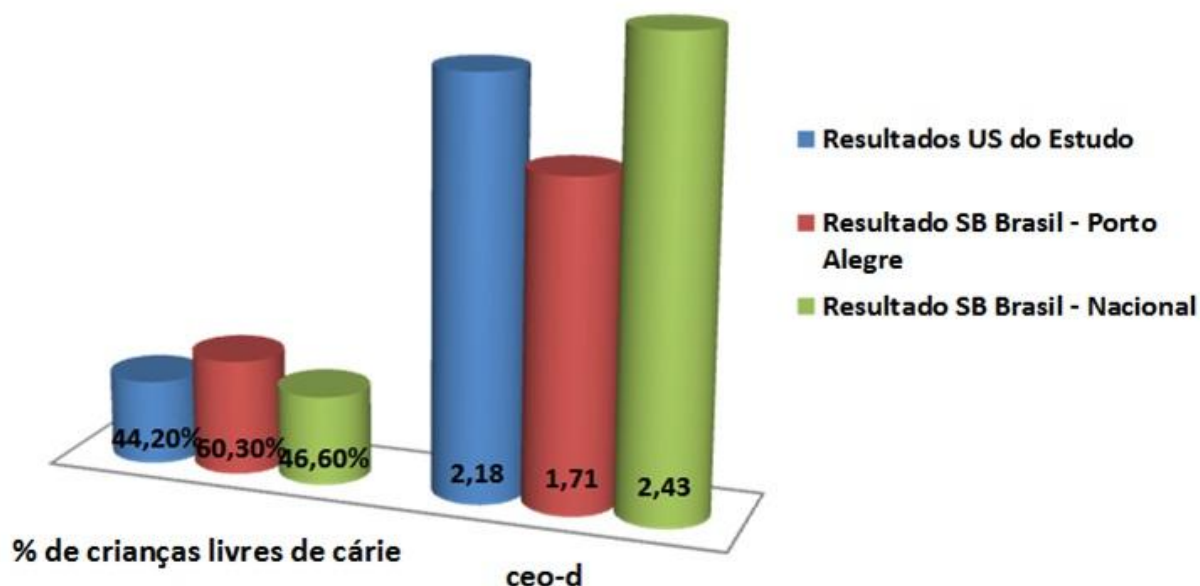
Valores Absolutos e percentuais; teste qui-quadrado

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

No nosso estudo, 44,2% das crianças estavam livres de cárie. Em média, possuíam 2,18 dentes com experiência de cárie, com predomínio do componente cariado. Comparando com os resultados do levantamento nacional, os números são bastante semelhantes; no entanto, os achados em Porto Alegre são, de maneira geral, melhores do que os encontrados nas nossas Unidades de Saúde (Figura 2). Esse resultado pode estar associado ao grau de vulnerabilidade das famílias dos territórios estudados; contudo, esta relação precisaria ser estudada de maneira mais aprofundada.

Figura 2. Comparação entre os achados do estudo e os resultados do SB Brasil 2010.



Em relação à meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, que estabelece o CPO-d menor ou igual que três aos doze anos, ela já foi atingida. Entretanto, o mesmo não aconteceu em relação à meta que prevê que 50% das crianças entre cinco e seis anos de idade deveriam estar livres de cárie. Segundo o último levantamento nacional em

saúde bucal, o SB Brasil 2010, 46,6% das crianças estão livres de cárie. Para 2010, a Organização Mundial de Saúde espera que 90% desses indivíduos estejam livres de cáries.

No SB Brasil 2010, 89,5% das crianças de cinco anos não apresentavam necessidade de tratamento. Já na nossa população, este número reduz-se para 49,35%. A necessidade mais frequente encontrada, tanto no levantamento nacional como no nosso estudo, foi de restaurações de uma superfície.

Sobre os fatores associados à vulnerabilidade das famílias analisados, houve relação estatisticamente significativa entre ceo-d diferente de zero com as variáveis: nível de escolaridade das mães ($p = 0,009$) e relação pessoa cômodo maior que 1 ($p < 0,001$). Estudos indicam que crianças cujos pais possuem grau de escolaridade maior começam a ter seus dentes higienizados mais precocemente, com impacto significativo na saúde bucal (PERES; BASTOS; LATORRE, 2000). Além disso, Gigliotti et al. (2011) mostram que quanto maior o nível de escolaridade das mães, maior o conhecimento sobre saúde bucal de seus bebês, podendo influenciar a conduta para a saúde bucal despendida pelas mães (CAMPOS; LIMA, 2006). Passos et al. (2011) mostram ainda que indivíduos com melhor nível educacional têm, em geral, uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições habitacionais e estilos de vida mais adequados.

Quando questionadas sobre com quem a criança passa a maior parte do tempo, 42,9% dos entrevistados responderam que era com a mãe; em relação ao local onde a criança fica a maior parte do tempo, 61% responderam que era em casa, enquanto 28,6% das crianças ficam na creche, o que condiz com a realidade dos nossos territórios, nos quais cerca de um terço das mães exercia o papel de chefe de família. Esses percentuais refletiriam a responsabilidade pelo cuidado com as crianças.

Nos dias atuais, a necessidade tem levado a mulher a ingressar no mercado de trabalho, o que lhe confere um papel importante no provimento financeiro da família. Em muitos casos, ela é a única provedora de sua família (BOARINI, 2003), dispendo de pouco tempo para os cuidados e a educação dos filhos, terceirizando o cuidado (MARTINS FILHO, 2007). Entretanto, nesse estudo, não houve relação significativa com a presença de cárie e os seguintes fatores: mãe ser chefe de família e a mãe ser a pessoa com quem a criança passa a maior parte do tempo.

Quando questionadas sobre a renda familiar, a maioria respondeu ser de R\$ 501,00 a R\$ 1.500,00 (53,2%), havendo famílias que ganhavam de R\$ 4.500,00 a R\$ 9.500,00 (3,9%), bem como outras que tinham renda de até R\$ 500,00 (7,8%). Em estudo realizado a fim de conhecer os fatores de risco para alta severidade de cárie em crianças de doze anos, Peres, Bastos e Latorre (2000) indicam a renda familiar como fator socioeconômico de maior importância, tendo em vista que crianças cuja renda familiar foi menor que cinco salários-mínimos tinham 4,18 vezes mais chances de apresentar alta severidade de cárie.

A distribuição das assertivas para a questão sobre renda familiar foi baseada no questionário socioeconômico do SB Brasil 2010. Entretanto, essa forma de apresentação das respostas foi considerada uma limitação do estudo, visto que outros estudos geralmente baseiam-se em números de salários mínimos. Além disso, uma das opções era de R\$ 500,00 a R\$ 1.500,00, resultando em um intervalo de valores muito amplo, dificultando uma análise mais aprofundada.

Maltz e Silva (2001) encontraram correlação forte entre nível de renda per capita da família e o grau de instrução dos pais. Relacionando o nível educacional dos pais com a condição de saúde bucal das crianças de doze anos, as correlações foram extremamente fracas ou quase nulas. No entanto, os indivíduos com maior número de superfícies com experiência

de cárie e os de maior número de superfícies sangrantes estudavam em escolas públicas. Concluíram que pode haver outras variáveis socioeconômicas contribuindo para as diferenças observadas em seu estudo entre os alunos de escolas públicas e privadas.

Alvanhan e Gonini (2009) apontaram o congestionamento familiar (relação morador/cômodo >1) como um dos parâmetros que podem indicar um maior grau de vulnerabilidade social e, possivelmente, um maior risco de cáries. Nas famílias visitadas, 37,7% tinham a relação maior que 1. Todos responderam ter acesso à luz e água tratada.

Gilbert et al. (2003) afirmam que crianças de famílias com baixa renda sofrem mais cáries, têm doenças mais extensas e utilizam mais os serviços em busca de alívio da dor. No entanto, visitam o dentista menos frequentemente que as crianças cujas famílias têm maior renda. Essas vão regularmente à procura do atendimento para prevenção. Nos grupos de alta renda, os que têm história de cárie visitam o dentista 67% mais que os livres de cárie.

Das famílias pesquisadas, segundo relato do responsável, 76,6% das crianças avaliadas já tinham ido ao dentista pelo menos uma vez e 79,2% nunca tiveram dor de dente. Isso pode representar o trabalho de prevenção realizado através da ação programática; no entanto, uma limitação do estudo foi não averiguar este dado de acesso através de consulta aos prontuários.

São necessários mais estudos que abordem a relação entre o espaço geográfico e a saúde bucal. Ações em saúde devem ser pensadas, articuladas e executadas intersetorialmente. Somente no campo da saúde bucal, não são capazes de resolver as iniquidades na distribuição do processo saúde-doença. Os aspectos geográficos podem estar relacionados de diversas formas com a saúde bucal da população, como a localização dos serviços de atenção odontológica, o acesso a esses serviços, a localização dos equipamentos sociais, a infraestrutura local que deve prover condições mínimas de bem estar (saneamento básico, moradias adequadas, energia elétrica e segurança pública), a rede de suporte social, e a

própria condição de saúde bucal. Além dos aspectos geográficos, o padrão de ocupação e uso do território refletem os processos históricos e sociais presentes nas coletividades humanas (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

Abordagens inclusivas, baseadas na perspectiva da promoção de saúde, podem oferecer estratégias potencialmente custo-efetivas objetivando mudança no quadro de iniquidades em saúde bucal no Brasil (MOYSÉS; MOYSÉS, 2009).

As intervenções em saúde devem ter seu escopo ampliado, tendo como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado incida sobre as condições de vida, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010). Promover saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis que levem a população a ter melhoria na qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, é um aspecto fundamental para efetivação da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

A Vigilância em Saúde, com planejamento, monitoramento e avaliação, é outra ferramenta que pode ser utilizada para desenvolver medidas para eliminar, reduzir ou prevenir riscos à saúde, além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente (TAGLIETTA; BITTAR; PEREIRA, 2009).

Outra importante estratégia para promover a saúde é a Educação em Saúde, com desenvolvimento de ações numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, que possa contribuir para a autonomia do usuário, no que se refere a sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença, assim como autonomia dos profissionais, frente à possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, ressalta-se a importância das ações programáticas do SSC/GHC na perspectiva da promoção de saúde, com ações de educação e vigilância em saúde, propiciando o cuidado e o olhar vigilante.

É preciso atentar que cuidar é ir além da ação de vigilância, de vigiar uma situação; é ter uma postura pró-ativa de proteção, é construir um novo modo de operar as ações de saúde, o qual deve repercutir em um movimento contínuo de reflexão sobre as práticas de saúde, com aproximação entre os diferentes profissionais da equipe, assim como desta com a comunidade. Essa aproximação com o usuário possibilita construir com ele, a autonomia necessária para o enfrentamento dos seus problemas (BRASIL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O índice utilizado para avaliar a condição de saúde bucal neste estudo foi o ceo-d, o mesmo usado no levantamento nacional SB Brasil 2010. A média de 2,18 dentes com experiência de cárie nas crianças de cinco anos do território estudado foi um pouco melhor do que o encontrado a nível nacional (2,43), no entanto distante ainda de meta de 90% das crianças de cinco e seis anos livres de cárie.

As Equipes de Saúde da Família tem um importante papel, através da promoção de saúde, da educação popular, da vigilância em saúde, para atuar sobre os fatores relacionados à vulnerabilidade das famílias, que influenciam sobre a condição de saúde bucal. No nosso estudo houve associação estatisticamente significativa com alguns desses fatores que deverão ser incorporados no planejamento e no processo de trabalho das equipes que atuam nesse território, intervindo sobre esses fatores, com ações intersetoriais e com um olhar ampliado, buscando proporcionar melhora da condição de saúde bucal desta população.

REFERÊNCIAS

ALVANHAN D.; GONINI C.A.J. **Manual de Saúde Bucal**. Prefeitura do Município de Londrina. Autarquia Municipal de Saúde. Estado do Paraná. Londrina, 2009. p.55-66.

BOARINI, M.L. Higienismo, eugenia e a naturalização do social. **Higiene e raça como projetos: higienismo e eugenismo no Brasil**. Maringá: Eduem, 2003. p. 19-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos** / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz e Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009, 200p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 - Resultados Principais**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010.

CAMPOS, J.A.D.B.; LIMA, N.A. Conhecimento de saúde bucal apresentado por mães segundo seu nível de escolaridade. **Salusvita**, v. 25, n. 3, p. 11-23, 2006.

FEJERSKOV, O.; MANJI, F. Risk assessment in dental caries. In: Bader, J.D. (ed.). **Risk assessment in dentistry**. Chapel Hill: University of North Carolina Dental Ecology, 1990. p. 215-7.

GIGLIOTTI, M.P. et al. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. **Salusvita**, v. 26, n. 2, p. 65-73, 2007.

GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; SHELTON, B.J. Social determinants of tooth loss. **Health Serv Res**, v.38, p. 1843-62, 2003.

MALTZ, M.; SILVA, B.B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 170-176, 2001.

MARTINS FILHO, J. **A Criança Terceirizada: Os Descaminhos das Relações Familiares no Mundo Contemporâneo**. 1ed. São Paulo: Ed. Papyrus, 2007.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. A relação entre o espaço e saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p. 275-284, 2007.

MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Promoção da Saúde: Conceitos. In: PEREIRA, A.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. P. 431-440.

PASSOS, J.S. et al. Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 138-150, jan./jun., 2011.

PERES, K.G.A.; BASTOS, J.R.M.; LATORRE, M.R.D.O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-408, 2000.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008. p. 385- 408.

TAGLIETTA, M.F.B.; BITTAR, T.O.; PEREIRA, A.C. Vigilância em Saúde. In: PEREIRA, A.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009. P. 131-152.