

SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE: AVALIAÇÃO DE UM PROJETO SOCIAL.

ORAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN VULNERABILITY SITUATION: EVALUATION OF A SOCIAL PROJECT

ISABELA LETÍCIA VILELA MORAES¹

KAMYLLA FERNANDA ALVES LIMA¹

VALDENICE APARECIDA MENEZES²

Resumo:

Objetivo: Avaliar a experiência odontológica e conhecer o perfil de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade assistidas em projeto social (Projeto Barnabé) no município de Canhotinho – PE. Métodos: Estudo transversal com caráter retrospectivo, desenvolvido com 165 crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos, de ambos os sexos que receberam atendimento odontológico. Foram avaliados: dados sócio demográficos (idade, sexo e a escolaridade e situação empregatícia dos pais/responsáveis), tempo de iniciação no projeto e perfis odontológicos, que foram obtidos por meio dos prontuários clínicos, arquivados no próprio Projeto. Para análise dos dados, foram utilizados métodos de estatística descritiva por meio de distribuições absolutas e percentuais. Resultados: do total de participantes do estudo, 6% estavam livres de cárie. O número de dentes decíduos cariados, extração indicada e obturados (ceo-d) médio foi elevado (6,57), e o número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) médio foi de 3,64. O número de dentes obturados se destacou, pelo fato de representar 52,5 % no ceo-d e 94,3 % no CPO-D. Foi realizada aplicação tópica de flúor e raspagem em 100% das crianças e adolescentes atendidas pelo dentista. Foram realizadas 153 restaurações e 90 exodontias. Um alto percentual de crianças e adolescentes (88%) concluíram o tratamento proposto. Conclusão: A elevada experiência da cárie reforça a importância de se conhecer as necessidades de saúde bucal para priorizar os grupos mais vulneráveis.

PALAVRAS CHAVE: *criança, adolescentes, saúde bucal, projeto social.*

Abstract

Objective: Evaluate the dental experience and know the profile of children and adolescents in vulnerable situations assisted in a social project (Barnabé Project) in Canhotinho, a small town in the State of Pernambuco. Methods: A retrospective transversal study was done with

165 children and adolescents between 4 and 14 years of age, both boys and girls receiving dental care. Socio-demographic data (age, sex and education and employment status of the parents / guardians), time of initiation in the project and dental profile, were obtained through the clinical records, filed in the Project itself. For data analysis, descriptive statistics methods were used by means of absolute and percentage distributions. Results: Of the total number of study participants, 6% were caries free. The number of deciduous decayed teeth, indicated and obturated extraction (dmft) was high (6.57), and the number of permanent decayed, lost and restored permanent teeth (DMFT) was 3.64. The number of obturated teeth stood out, due to the fact that it represents 52.5% in the ceo-d and 94.3% in the DMFT. Topical application of fluoride and scrapings was performed in 100% of the children and adolescents attended by the dentist. A total of 153 restorations and 90 exodontia were performed. A high percentage of children and adolescents (88%) completed the proposed treatment. Conclusion: The high experience of caries reinforces the importance of knowing the oral health needs to prioritize the most vulnerable groups.

KEYWORDS: child, adolescents, oral health, social Project.

¹Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES/UNITA). Caruaru. Pernambuco. Brasil.

²Professora Doutora Adjunta do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES/UNITA). Caruaru. Pernambuco. Brasil.

INTRODUÇÃO

O contexto concebido pelo crescimento econômico brasileiro tem sido marcado pela desigualdade social e pela má distribuição de renda, gerando diversos tipos de exclusão social, principalmente em comunidades socialmente vulneráveis ou periféricas ¹. A busca para superação destas desproporções é idealizada pela sociedade civil, muitas vezes por meio de Organizações Não-Governamentais (ONGs) que oferecem sua contribuição aos setores emergentes de atendimento à criança e ao adolescente, em busca de solucionar os problemas como: saúde e educação ².

Os programas de atendimento e contexto institucional passaram a formar ambientes essenciais na promoção da evolução de inúmeras crianças e adolescentes provenientes de uma população mais carente. Em muitos casos, os mesmos encontram nessas ONGs a principal forma de acesso a representativos meios capazes de fazê-los desenvolver sua autoestima, ultrapassar condições negativas em que vivem, chegando a obter reconhecimento comunitário ³.

O Projeto Barnabé é uma ONG que está associado à Igreja Presbiteriana e se sustenta por meio de parcerias, das quais as principais são: Universidade Presbiteriana Mackenzie e a Compassion do Brasil. Nasceu da necessidade de assistir crianças, famílias de baixa renda, com vulnerabilidade social, que mediante a situação econômica do país não têm acesso a meios que assegurem uma qualidade de vida melhor, residente em áreas de risco social onde são frequentes casos de violência, pobreza, prostituição e tráfico de drogas.

A condição social tem influência determinante sobre a saúde bucal. Dentre os problemas bucais mais comuns nessa população, a cárie dentária é a mais frequente, pois sua distribuição não ocorre de modo uniforme, com consequência da centralização da doença, cuja pequena parte de indivíduos concentra a maioria das lesões, principalmente grupos de risco, como por exemplo, crianças em situação familiar instável, de baixo nível socioeconômico e com limitado acesso à atenção odontológica ^{4,5}. Os resultados negativos da cárie dentária sobre a vida das crianças compreendem: diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade de mastigar, alteração no comportamento (irritabilidade e baixa autoestima), dificuldade para dormir e diminuição do rendimento escolar ⁶.

A proposta focal do Projeto Barnabé é despertar a família para a responsabilidade, envolvendo-a em todo o processo educativo dos filhos, prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, ampliar o universo informacional e oportunizar novas vivências para garantir, sobretudo, o espaço de sociabilidade, tendo como principal valor agregado desse trabalho a palavra de Deus a fim de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida.

Este estudo tem como objetivo avaliar a experiência odontológica e o perfil de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade assistidas em projeto social.

MATERIAIS E MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa transversal, descritiva com caráter retrospectivo. O trabalho foi desenvolvido com crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos de idade, participantes do Projeto Barnabé, instalado no município de Canhotinho - PE. O projeto assiste 257 crianças e adolescentes e dentre os serviços sociais prestados, oferece atendimento odontológico, por meio de uma parceria com a Prefeitura do Município que disponibiliza um consultório do CEO (Centro Especializado Odontológico) para que juntamente com um cirurgião-dentista voluntário, sejam realizados os atendimentos clínicos, uma vez na semana.

Foram incluídos no estudo, todos os prontuários de crianças e adolescentes matriculadas no Projeto Barnabé até 2016. Foram excluídos os prontuários que apresentaram dados incompletos ou ilegíveis de identificação, prontuários de crianças e adolescentes que

continham informações sobre a existência de problemas neurológicos ou de comprometimento sistêmico crônico (diabetes, epilepsia).

Os dados sócio demográficos (idade, sexo das crianças e adolescentes e a escolaridade e situação empregatícia dos pais/responsáveis) e o tempo de iniciação no projeto, foram coletados a partir dos prontuários que constam na escola/projeto. Os dados para avaliação do perfil odontológico foram obtidos por meio dos prontuários clínicos, arquivados no próprio Projeto Barnabé. Do prontuário clínico, foram coletadas as seguintes informações: o número de consultas odontológicas realizadas, os tipos de tratamentos dentários executados e a experiência de cárie dentária, por meio do odontograma, baseada nos critérios do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente), índice ceo-d (dentes cariados, extraídos e obturados, na dentição decídua).

A coleta dos dados foi realizada pelas próprias pesquisadoras no período de janeiro a abril de 2017. Para registro dos dados foi confeccionada, previamente, uma ficha clínica. Para análise dos dados, foram utilizados métodos de estatística descritiva por meio de distribuições absolutas e percentuais.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES-UNITA) de Pernambuco, sobre o número CAEE: 64959817.4.0000.5203.

RESULTADOS

De acordo com a análise dos prontuários dos anos de 2015 e 2016, do total de crianças e adolescentes que participam do projeto (n=257), 165 (64,2%) receberam atendimento odontológico, sendo 67(40,6%) do sexo feminino e 98 (59,4%) do sexo masculino. A distribuição dos pesquisados de acordo com a faixa etária, gênero, tempo de ingresso no projeto, estão expressas na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos pesquisados de acordo com a faixa etária, gênero, tempo de ingresso no Projeto Barnabé. Caruaru, 2017.

Variável	N	%
TOTAL	165	100
• Faixa etária		
4-6	32	18
7-10	79	48
11-14	56	34
• Gênero		
Masculino	98	59

Feminino	67	41
• Tempo ingresso em anos		
Até 3	117	71
> 3 anos	45	27
Sem Identificação	3	2

Os dados relacionados à situação de convívio e empregatícia dos pais/responsáveis das crianças e adolescentes estão expressos na Tabela 2.

Tabela 2 - Descrição de dados dos responsáveis, número de pessoas que moram com os pesquisados e pessoas da casa que trabalham. Caruaru, 2017.

Variável	N	%
• Responsáveis pela criança e/ou adolescente		
Pai e/ou Mãe	157	95
Avós	4	2,5
Outro Parente	4	2,5
TOTAL	165	100
• Grau de escolaridade dos responsáveis		
Sem Estudo	15	9
Ensino Fundamental Incompleto	103	62,5
Ensino Fundamental completo	25	15
Ensino Médio Incompleto	10	6
Ensino Médio Completo	8	5
Sem Informação	4	2,5
TOTAL	165	100
• Número de pessoas que reside na casa		
Até 2	22	13
3 a 5	108	65,5
> 5	31	19
Sem Informação	4	2,5
TOTAL	165	100
• Pessoas da casa que trabalham		
Pai	110	51
Mãe	83	39
Avós	15	7
Outro Parente	6	3
TOTAL	214	100

• **Situação empregatícia dos responsáveis**

Pessoas em trabalho permanente	59	28
Pessoa em trabalho esporádico (bico)	108	50
Desempregados	22	10
Aposentados	25	12
TOTAL	214	100

O total de tratamentos odontológicos realizados, o número de visitas feitas ao dentista, procedimento odontológico realizado nas crianças e/ou adolescentes, e se o tratamento odontológico foi concluído ou não, estão expressos na Tabela 3.

Tabela 3 - Descrição dos pesquisados de acordo com o tratamento odontológico realizado, números de visitas ao Cirurgião Dentista, procedimento odontológico realizado e tratamento odontológico concluído. Caruaru, 2017.

Variável	N	%
• Realização do tratamento odontológico (período)		
2015	20	12
2015-2016	21	13
2016	116	70
Sem Informação	8	5
TOTAL	165	100
• Número de visitas ao cirurgião-dentista		
Até 3	107	65
Mais que 3	44	27
Sem Informação	14	8
TOTAL	165	100
• Tipo de procedimento odontológico		
Aplicação Tópica de Flúor	165	100
Raspagem e Polimento Radicular	165	100
Restauração em Resina Composta/Ionômero de Vidro	153	62
Exodontia	90	36,5
Outros (provisórios)	3	1,5
TOTAL	576	100
• Tratamento odontológico concluído		
Sim	145	88
Não	20	12
TOTAL	165	100

Na Tabela 4 estão as informações referentes aos dados de ceo-d e CPO-D das crianças e adolescentes. Do total de crianças e/ou adolescentes pesquisados, 10 (6%) estavam livres de cárie.

Tabela 4 – Descrição dos dados de ceo-d e CPO-D das crianças e adolescentes. Caruaru, 2017.

Variável	Média	Mínimo	Máximo	% da Média
• Decíduos				
Cariados	0,12	0	4	1,8
Indicados para extração	3,0	0	11	45,7
Obturados	3,45	0	9	52,5
• ceo-d	6,57			100
• Permanentes				
Cariados	0,10	0	1	2,7
Perdidos	0,11	0	2	3,0
Obturados	3,43	0	7	94,3
• CPO-D	3,64			100

DISCUSSÃO

A melhor estratégia para a formação dos profissionais de saúde é por meio de experiências extramuros, ao nível de comunidades, nas quais, estes são incentivados a resolver as necessidades e os problemas de saúde da população ⁷. O trabalho voluntário aumenta a experiência profissional, pois quando realizado em equipe possibilita maior integração, flexibilidade, visão de futuro, otimismo e outras importantes nuances que podem ser vividas e aplicadas no crescimento pessoal e profissional ⁸.

O Projeto Barnabé teve início em 2010, porém o atendimento odontológico foi implementado em 2015. Este fato justifica o menor número de atendimentos nesse ano, comparado ao ano de 2016 que prestou atendimento a 70% das crianças e adolescentes. Escolas e projetos sociais que visam à promoção da saúde são desenvolvidos partindo-se do pressuposto de que os ensinamentos têm grande influência sobre a saúde dos jovens e têm como meta atingir estilos de vida saudáveis para essa população, por meio da ampliação de ambientes que apoiem e conduzam à promoção da saúde ⁹.

A família, independentemente da forma como é caracterizada e conceituada, é o alicerce da sociedade, o primeiro modo de socialização do indivíduo. A relação familiar é condição significativa para o crescimento, desenvolvimento e proteção da criança e do adolescente, bem como, as mudanças postas à família, em virtude do sistema socioeconômico e político do capitalismo ¹⁰. Desta forma, são consideradas como condições de risco ao desenvolvimento psicológico e social das crianças e adolescentes, a qualidade do relacionamento conjugal, baixa escolaridade dos pais, ausência de um dos pais, famílias numerosas, abuso de drogas, entre outras ^{11,12}.

No presente estudo, a maioria (95%) das crianças e adolescentes pesquisados morava com os pais. A respeito do nível de escolaridade, grande parte dos responsáveis (62,5%) possuía ensino fundamental incompleto, seguido por responsáveis que tinha ensino fundamental completo, o que representou apenas 15% da amostra. Schunk e Meece ¹³, afirmam que em relação à perspectiva educacional, filhos de famílias em que os pais têm maior escolaridade e com melhores recursos educacionais, podem ter experiências mais enriquecedoras para estimular a aplicação nos estudos. Porém, acredita-se que os pais com um menor grau de estudo, procuram incentivar os estudos dos filhos sempre, pois desejam que tenham um futuro melhor que o deles ¹⁴.

Com relação ao número de pessoas com quem a criança e/ou adolescentes reside, verificou-se predomínio de 3 a 5 pessoas (65,5%) convivendo no mesmo lar. O tamanho da família tem um papel fundamental no desenvolvimento da pessoa. Cada membro representa de forma individual um papel importante na construção familiar. Porém, quanto mais membros existirem na família, menor é a atenção e o cuidado com as crianças. A atenção e o envolvimento parentais parecem maiores para com o filho único quando comparado a famílias com mais de um filho. Estes últimos, por consequência, necessitam de ajustes e adaptações a novas rotinas e implica na assunção de novos papéis por cada membro da família. Pode haver um desfecho positivo ou negativo, dependendo principalmente de aspectos como a estrutura e o funcionamento familiar ¹⁵.

Apesar de não ter sido avaliado diretamente a renda familiar, verificou-se que a maioria dos responsáveis (60%) não tem trabalho fixo ou está desempregado, enquanto 40% têm trabalho permanente ou estão aposentados. Como fonte de trabalho, foram coletados das fichas cadastrais das crianças e/ou adolescentes, empregos como: funcionária doméstica, feirante, funcionário público, cozinheira, pedreiro, cortador de cana, agricultor, técnica em enfermagem, motorista, costureira, eletricista, vendedor, marceneiro, pintor, manicure,

zelador, entre outras profissões. Sendo essas profissões geralmente condizentes com até 3 salários mínimos mensais.

Analisando este contexto, Avellar-Silva *et al.*¹⁶ relata em sua pesquisa com crianças entre 2 e 6 anos que a renda familiar e o grau de escolaridade dos responsáveis pelas famílias estão diretamente relacionados às altas taxas de prevalência, bem como ao grau de severidade de cárie dentária na população infantil. Concordando com Fadel e Saliba¹⁷, de que, no que tange a saúde bucal, a escolaridade e a renda foram fatores etiológicos secundários da doença cárie. Scapinello *et al.*¹⁸, por sua vez, não verificou diferença estatisticamente significativa quando testada associação entre escolaridade materna e índice ceo-d e CPO-D, bem como ao nível socioeconômico em sua pesquisa objetivando avaliar a prevalência de cárie e sua associação com escolaridade materna e índice socioeconômico em escolares entre 7 a 10 anos.

Estudos têm evidenciado que manter os cuidados saudáveis com a saúde, em especial a bucal, desde bebê, faz com que a criança saiba a importância do cuidado com a boca para o resto da vida, pois dificilmente esquecerá os conceitos básicos da higiene bucal. Além de que, hábitos de vida pouco saudáveis, principalmente durante a adolescência, significam fatores de risco para doenças, especialmente na vida adulta¹⁹. Para Moreira *et al.*²⁰ crianças de famílias com baixa renda têm mais cáries, são mais vulneráveis a adoecer e utilizam mais os serviços de saúde para alívio da dor. Nesse contexto, a cárie dentária centraliza-se predominantemente em grupos de risco, como, por exemplo, crianças carentes, que moram em abrigos, têm condição familiar instável, de baixo nível socioeconômico e com reduzido acesso à atenção odontológica. Já para crianças sem nenhuma assistência odontológica, esses parâmetros são limitados, seja pela própria motivação para a higiene bucal, que é mínima nesses indivíduos, seja devido ao menor entendimento dos fatores causadores da cárie e aos meios para combatê-los⁵.

Todas as crianças em suas consultas ao dentista realizaram ATF e Raspagem. Para Frois²¹ o uso do flúor presente na cavidade bucal é capaz de interferir na prevalência da cárie e, embora não impeça a iniciação da doença, ele é eficiente em reduzir sua progressão, tornando-se um método viável econômica e operacionalmente em condições práticas. Em contrapartida, estudos apontam que o uso do flúor tem maior efeito terapêutico (ativação da remineralização) em relação à inibição da desmineralização ("efeito preventivo")²². Considerando que não foi possível coletar os dados em relação ao estágio das lesões cariosas (presença de manchas brancas ativas) na amostra estudada, fica difícil justificar se o uso do flúor estava indicado ou não, conforme preconizado pelo autor.

Um ponto que deve ser ressaltado é o alto percentual de crianças e adolescentes, sob atendimento odontológico, que concluíram o tratamento proposto (88%). No entanto, verificou-se que a média do ceo-d foi de 6,57 e do CPO-D foi de 3,64. Tais resultados permitem observar que o CPO-D apresentou um índice moderado entre as crianças e/ou adolescentes (2,7 – 4,4). Porém, encontra-se um pouco acima do resultado obtido no SB Brasil em 2010 (2,07) ^{23,24}.

O índice de ceo-d (6,57), por sua vez, encontra-se muito acima do resultado obtido no SB Brasil em 2010 (2,43) ²⁴. Se os hábitos obtidos na infância não forem modificados para que a higiene bucal seja melhorada e o controle for negligenciado, a mesma situação poderá ser repassada para os dentes permanentes ²⁵. Contudo, vale ressaltar que houve frequência muito baixa do item “dentes cariados” nos valores do índice ceo-d (1,8%) e do CPO-D (2,7%). A média do índice ceod e CPOD foi próximo ao encontrado em Freire *et al.* ²⁶ com 6,60 e 3,97, respectivamente.

No presente estudo, o componente obturado foi o mais prevalente nos índices de ceo-d e CPO-D, sendo que no ceo-d foi responsável por 52,5% e no CPO-D por 94,3%. Resultados semelhantes Oliveira Assis e Santiago ²⁷ apresentaram em sua pesquisa. Galindo *et al.* ²⁸, Muller *et al.* ²⁹ e Amaral *et al.* ³⁰ encontraram, entretanto, valores divergentes, ou seja, índices baixos.

Percebeu-se que houve uma redução do componente cariado e um aumento do obturado após a intervenção do dentista no projeto, assim como no estudo de Oliveira Assis e Santiago ²⁷ que objetivava em sua pesquisa avaliar a prevalência e distribuição de cárie dentária em participantes do projeto SESC Sorriso e obteve-se uma diferença estatisticamente significativa para os componentes cariado e obturado no ceo-d nas crianças avaliadas após o acesso ao atendimento odontológico.

Apesar de o presente estudo ser em uma população específica, o que limita seu poder de generalizações, ele colaborou para a análise da situação de saúde de uma comunidade e demonstrou a importância de programas direcionados a promoção de saúde de crianças e adolescente em situação de vulnerabilidade. Espera-se que essa pesquisa contribua para o prosseguimento da atividade no projeto, buscando-se atender as demais crianças e adolescentes que participam do Projeto Barnabé e que ainda não tiveram acesso ao tratamento odontológico e principalmente trabalhar com ênfase em ações preventivas, melhorando assim a saúde bucal da população.

CONCLUSÃO

A experiência de cárie na população estudada foi elevada, refletindo a real necessidade da inclusão do atendimento odontológico no projeto. Os resultados observados reforçam que fatores como situação familiar instável, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e limitado acesso à atenção odontológica têm influência determinante sobre a saúde bucal. Portanto, é necessário dar ênfase ao enfoque preventivo por meio de ações de promoção em saúde bucal, com a informação e conscientização das crianças e adolescentes, e também dos pais/responsáveis.

REFERÊNCIAS

1. Bellenzani R, Malfitano AS, Valli CM. Da vulnerabilidade social à vulnerabilidade psíquica: uma proposta de cuidado em saúde mental para adolescentes em situação de rua e exploração sexual. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE [Internet]. 2005 [acesso em 2016 jun 21]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000200010&lng=en&nrm=abn.
2. Vasconcelos VM, Martins MC, Valdês MTM, Frota MA. Educação em saúde na escola: Estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. *Cienc. Cuid. Saude*. 2008 jul-set; 7(3): 355-362.
3. Santana JP, Doninelli TM, Frosi RV, Koller SH. Os adolescentes em situação de rua e as instituições de atendimento: utilizações e reconhecimento de objetivos. *Psicol. Reflex. Crit*. 2005 jan-abr; 18(1): 134-142.
4. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos V, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc & Saude Col*. 2013; 18(2): 461-470,
5. Vieira APGF, Karbage JP. Impacto da atenção odontológica na saúde bucal de crianças. *Rev. Bras. em Prom. da Saude*. 2011 jan-mar. 24(1): 10-15.
6. Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev. Saude*; 2010; 20(1): 283-300.
7. BUSS, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 39-53.

8. Bareli P, Lima AJFS. A importância Social do Desenvolvimento do Trabalho Voluntário. Rev. de Ciênc. Gerenciais. 2010; 14(20): 173-184.
9. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”? Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. Cad. Saúde Pública. 2015 jan; 31(1): 82-96.
10. Fante AP, Cassab LA. Convivência familiar: um direito à criança e ao adolescente institucionalizado. Rev. Textos e Contextos. 2007 jan-jun; 6(1): 154-174.
11. Fox GL, Benson ML. Children in violent households: risk and protective factors in family and neighborhood Contexts. In: II Congresso Internacional de Violência na Infância e na Família. 2003; República Tcheca.
12. Guralnick MJ. The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. American Journal on Mental Retardation. 1998; 102(4): 319-345.
13. Schunk DH, Meece JL. Self-efficacy development in adolescents. In: F. Pajares, T. Urdan. Eds. Self-efficacy beliefs of adolescents IAP. 2006; USA. p. 71- 96.
14. Guerreiro-casanova DC, Dantas MA, Azzi RG. Autoeficácia de alunos e escolaridade dos pais. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina. 2011 jun; 2(1): 36-55.
15. Freitas APCO. Práticas educativas parentais em relação ao filho único e ao primogênito em famílias com dois filhos. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
16. Avellar-Silva ABV, Oliveira LMC, Silveira RG, Miasato JM, Neves AA. Prevalência de cárie dentária em pré-escolares de uma escola particular em uma região rural do Estado do Rio de Janeiro. Rev. Bras. de Pesquisa em Saúde. 2012; 14(1): 49-56.
17. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. Rev. Gaúcha de Odontol. 2009 jul-set; 57(3): 303-309.
18. Scapinello A, Elsemann EB, Elsemann RB, Sangoi H, Gazzoni AF. Prevalência de cárie associada à escolaridade materna e ao nível socioeconômico em escolares. Rev. bras. odontol. 2016 jun; 7(2): 101-106

19. Freddo SL, Aerts DRGC, Abegg C, Davoglio R, Vieira PD, Monteiro L. Hábitos de higiene bucal e utilização de serviços odontológicos em escolares de uma cidade da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 set; 24(9).
20. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 jun; 23(6): 1383-1392.
21. Frois AG. Revisão de literatura sobre o controle de flúor e sua importância na prevenção da cárie. [Dissertação]. Lagoa Santa/Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
22. Hoffmann RHS, Cypriano S, Sousa MLR, Wada R. Experiência de cárie dentária em crianças de escolas públicas e privadas de um município com água fluoretada. *Cad. Saúde Pública*. 2004 mar-abr; 20(2):522-528.
23. Índice CPO-D - D.12 – 2006. BVS - Biblioteca Virtual em Saúde [Internet]. Acesso em: 2 set 2017. Disponível em: <http://fichas.ripsa.org.br/2006/D-12/?l=pt_BR>
24. Brasil Sorridente, Resultado SB Brasil 2010. [Internet] 2010. Acesso em: 20 out 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisanacional_saudebucal.pdf>
25. Lopes LFZ, Morita MC. Higiene Bucal: Mudanças de Conhecimentos e Hábitos de uma Geração para Outra em uma População de Baixa Renda. Londrina: Semina. 2000 fev; 18: 25-33..
26. Freire MCM, Pereira MF, Batista SMO, Borges MRS, Barbosa MI, Rosa AGF. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33(4): 385-90.
27. Assis AO, Santiago BM. Projeto SESC Sorriso: O Peso do Componente Educativo no Índice de Cárie. *Rev. Brasil. de Ciênc. da Saúde*. 2010; 14(2): 45-56.
28. Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil*. 2005 abr-jun; 5(2): 199-208.
29. Muller IB, Castilhos ED, Camargo MBJ, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015 out-dez; 24(4).

30. Amaral RC, Carvalho DA, Brian A, Sakai GP. A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas – Pará, Brasil. Rev. Bras. Odontol. 2017 jan-mar; 74(1): 18-22.