

# Necessidade de tratamento odontológico em crianças do município de Camaragibe na faixa etária de 2 a 13 anos

## Dental treatment needs in children of Camaragibe in the age group from 2 to 13 years.

Eliane Helena Alvim de Souza<sup>1</sup>, Pierre Andrade Pereira de Oliveira<sup>2</sup>, Pauliana Vália Machado Galvão,<sup>3</sup>

1. Professora Doutora da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco

2. Doutor pelo Programa da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco

3. Cirurgiã-Dentista formada pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco

### DESCRITORES:

Cárie Dentária; Prevalência; Índice CPO; Necessidade de tratamento Assistência Odontológica.

### RESUMO

O estudo teve por finalidade conhecer o índice de cárie (CPO-D e ceo-d) e a necessidade de tratamento de escolares de um centro de atendimento a crianças e adolescentes no município de Camaragibe. Trata-se de um levantamento observacional, de caráter transversal. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário de interesse odontológico, e o formulário de exame em saúde bucal da Organização Mundial de Saúde e os dados coletados foram compilados no SPSS 13.0, sendo determinadas as frequências e o teste qui-quadrado. Acerca da experiência de cárie da amostra, evidenciou-se que, na parte da amostra de até 6 anos, apenas 26,2% encontravam-se livres de cárie. Em relação à parte com idade superior a 6 anos, esse percentual era de 23,9%. 38,9% dessas crianças possuíam um nível aceitável de cárie. A maioria da amostra apresentou alguma necessidade de tratamento, principalmente de natureza restauradora. Os índices médios de CPO-D e ceo-d encontravam-se superiores aos tidos como ideais, e apenas ¼ da população estudada para os dois grupos etários (2-6 e 7-13 anos) apresentava-se isenta de cárie. Uma questão bastante clara é que a experiência de cárie (aferida pelo ceo-d e CPO-D) não caracteriza, no sentido estrito, a necessidade de tratamento. Devido ao caráter destrutivo da cárie, sem políticas preventivas, promotoras de saúde e reabilitadoras, esse grupo de crianças, como tantos outros, estará fadado à mutilação dental e a problemas odontológicos que podem ser facilmente evitados ou, pelo menos, minimizados.

### Keywords:

Dental Caries; Prevalence; DMF Index; Dental Care

### ABSTRACT

This study aimed to know the rate of caries (DMFT and dmft) and the treatment necessity of students in a center for children and adolescents in Pernambuco. This is an epidemiological observational transversal. Data collection was conducted through a questionnaire of interest and dental exam form oral health of the World Health Organization and the collected data were compiled in SPSS 13.0, and determined the frequencies and chi-square test. About the caries experience of the sample, showed that in the sample up to 6 years, only 26.2% was free of caries. For the party over the age of 6 years, this percentage was 23.9%. 38.9% of these children had an acceptable level of caries. Most of the sample had some need for treatment, mainly in the range of restorative treatments. The rates of DMFT and dmft were higher than those regarded as ideal and only a quarter of the population studied for the two age groups (2-6 and 7-13 years) were free from caries. One issue is quite clear that the caries experience (as measured by dmft and DMFT) does not feature in the strict sense of the need for treatment. Due to the destructive character of caries, without preventive policies, health workers and rehabilitating these children, like many others, is doomed female dental and dental problems that could easily be prevented or at least minimized.

215

### Corresponding Author:

Eliane Helena Alvim de Souza  
Rua da Harmonia, 80 – Casa Amarela  
Recife/PE CEP: 52051-390  
E-mail: elianehasouza@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

Dentre os inúmeros problemas de saúde bucal enfrentados no Brasil, de grande relevância para a saúde coletiva, a cárie dentária e, conseqüentemente, suas necessidades de tratamento têm um papel de destaque<sup>1</sup>.

A cárie consiste em uma doença infecto-contagiosa, com etiologia multifatorial, desenvolvida sob a influência de um agregado de fatores fisiológicos (tais como susceptibilidade à cárie, a formação de biofilme dental e ação salivar) e

comportamentais, tais como dieta com predomínio de carboidratos e hábitos de higiene bucal<sup>2</sup>, tratando-se de um fator-chave responsável pela dor e perda dentária. Caracteriza-se como uma doença crônica, de progressão lenta e que sem tratamento evolui até a total destruição da estrutura dentária, sendo a mais prevalente doença bucal na infância, havendo a necessidade de se instalarem táticas que previnam, controlem e tratem esse tipo de agravo/doença<sup>3,4</sup>.

Vale salientar, ainda, que a cárie e a perda dentária dela decorrente constituem problemas de saúde de relevância, por

isso o monitoramento epidemiológico desse agravo, principalmente em classes populacionais mais debilitadas e com menos possibilidade de acesso aos serviços de saúde<sup>5</sup>, de modo a promover ações preventivas, interceptativas e, em última instância, reabilitadoras.

A identificação das demandas e das necessidades de saúde bucal da população é impreterível no planejamento das ações, tanto que o Ministério da Saúde executa levantamentos de saúde bucal de abrangência nacional desde 1986. Além desse primeiro levantamento, foram executados ainda um levantamento em 1996, e o SB Brasil em 2003, que proporcionou uma política de saúde bucal voltada para a realidade da sociedade.

Este estudo teve por finalidade conhecer o índice de cárie bem como a necessidade de tratamento de escolares de um centro de atendimento a crianças e adolescentes no município de Camaragibe, para entender a demanda necessária e poder propor ações efetivas.

## MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um levantamento epidemiológico observacional, de caráter transversal, realizado no Centro Evangélico de Desenvolvimento Integral da Criança e do Adolescente - CEDICA, situada no município de Camaragibe, Região Metropolitana do Recife. Camaragibe possui extensão territorial de 55,09km<sup>2</sup>, distante 11,56km de Recife, com população estimada em 136.3816 habitantes, e destes cerca de 20,8% abrangem a faixa correspondente a crianças e jovens (0 a 14 anos).<sup>7</sup>

O estudo foi desenvolvido durante atividade extensionista de orientação à higiene bucal, em uma parceria entre a Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FOP/UPE e a Prefeitura Municipal de Camaragibe por meio do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS.

A coleta de dados foi realizada mediante um questionário elaborado para fins de levantamento de dados de interesse odontológico - tais como questões relacionadas à higiene oral e sua orientação, a hábitos deletérios e à condição de saúde oral - e o preenchimento do formulário de exame em saúde bucal da Organização Mundial de Saúde - OMS (1997), que tinha por conteúdo o levantamento da condição dental e a necessidade de tratamento.

A amostra consistiu em 149 crianças de ambos os sexos, matriculados no CEDICA e presentes no dia do levantamento. Os exames clínicos foram realizados nas dependências dessa instituição, sob iluminação natural, com a criança posicionada de frente para o avaliador, a qual usava todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), determinando-se o número de dentes decíduos cariados, esfoliados e obturados (ceo-d) para crianças até 6 anos e de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) para crianças acima de 6 anos, sendo o diagnóstico baseado em critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde<sup>8</sup>, os quais serviram de base para estimar a prevalência de necessidade de tratamento.

Ao invés do uso do explorador e espelho clínico plano, espátulas de madeira foram utilizadas para auxiliar a visualização durante o exame bucal, seguindo as recomendações de Amore et al.<sup>2</sup>.

Após a coleta de dados, estes foram armazenados em um banco de dados, construído com o programa SPSS versão 13.0 for Windows, sendo determinadas as frequências e utilizado o teste qui-quadrado para análise.

A pesquisa foi registrada e aprovada no Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco (Processo nº. 005.0.097.000-08).

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

O universo amostral foi composto por escolares na faixa etária de 2-13 anos, matriculados no CEDICA, constituindo um total de 149 alunos examinados, sendo a maioria do sexo feminino, com idade superior a 7 anos. Da amostra, 85,2% relataram já terem sido orientados sobre higiene bucal (HB), sendo orientados predominantemente pelos pais (64,6%). Apenas 4,7% da amostra (7 crianças) referiram não possuir escova própria. Entre os que tinham escova própria, 29,5% não souberam informar o tempo de vida útil de sua escova, e apenas 16,1% referiram fazer uso de 1 a 3 meses, tempo normalmente preconizado. Relativo aos meios utilizados para promover a higiene bucal, a maior parte da amostra referiu utilizar escova e dentífrico, e a frequência de escovação mais referida foi de 3 vezes ou mais. A escovação da língua foi referida por 92,6% da amostra. A condição de higiene foi considerada satisfatória em 73,8% dos casos. Com relação às condições gengivais, foi constatado que apenas 6% (9 crianças) da amostra apresentavam alguma alteração gengival, e, dessa porcentagem, 88,9% precisavam de intervenção odontológica (Tabela 1).

Tabela 1: Características da amostra

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA					
Variável	n	%	Variável	n	%
<b>Sexo</b>			<b>Idade</b>		
Feminino	84	56,4	Até 6 anos	62	41,6
Masculino	65	43,6	De 7 anos ou mais	87	58,4
<b>Recebimento de orientação de HB?</b>			<b>Possui escova?</b>		
Sim	127	85,2	Sim	142	95,3
Não	22	14,8	Não	7	4,7
<b>Responsável pela orientação de</b>			<b>Vida útil da escova?</b>		
<b>HB?</b>					
Pais	82	64,6	Não informou	44	29,5
CD	15	11,8	1 a 3 meses	24	16,1
ACS	8	6,3	3 a 6 meses	37	24,8
Outros	22	17,3	6 meses ou mais	44	29,5
<b>Métodos empregados para HB</b>			<b>Frequência de escovação</b>		
Escova	3	2	1 vez	10	6,7
Esc. + pasta	113	75,8	2 vezes	31	20,8
Esc. + pasta + fio	31	20,8	3 vezes ou mais	107	71,8
Outros	1	0,7	esporádica	1	0,7
Não informado	1	0,7			
<b>Escovação da língua</b>			<b>Condição gengival</b>		
Sim	138	92,6	Clinicamente normal	140	94,0
Não	11	7,4	Alterada	9	6,0

### Experiência de Cárie

Acerca da experiência de cárie da amostra, evidenciou-se, na população até 6 anos (n = 61, onde foi considerado apenas o ceo-d), uma frequência de 26,2% para crianças livres de cárie, tomando-se como base a população com idade acima de 6 anos (n = 88, sendo considerado apenas o CPO-D), 23,9% de crianças livres de cárie e 38,9% para crianças com um nível aceitável de experiência de cárie. Segundo as "Metas globais de saúde bucal para o ano de 2000", o número máxi-

mo de CPO-D aceitável é de até 3 dentes acometidos por cárie para crianças com mais de 6 anos<sup>9</sup> (Tabela 2). Os índices médios de CPO-D e ceo-d encontrados estavam muito acima do desejável, com valores de 3,41 e 3,51, respectivamente, sendo considerado um índice médio de experiência de cárie, para as Metas acima descritas<sup>10</sup>.

Tabela 2: Níveis de experiência de cárie

NÍVEIS DE EXPERIÊNCIA DE CÁRIE*			
Variável	n	%	
<b>ceo-d (média = 3,51)</b>			
= 0 (Livres de cárie)	16	<b>26,2</b>	
> 0 (Nível inaceitável)	45	<b>73,8</b>	
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	
<b>CPO-D (média = 3,41)</b>			
= 0 (Livres de cárie)	21	<b>23,9</b>	
Entre 1 e 3 (Nível aceitável)	34	<b>38,9</b>	
Acima de 3 (Nível inaceitável)	33	<b>37,5</b>	
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	

\*Especificados a partir das Metas Globais de Saúde Bucal para o ano 2000

## Necessidade de Tratamento

Dos pacientes examinados, 81,2% apresentavam alguma necessidade de tratamento. A necessidade mais evidenciada foi restauração em uma superfície com 59,7%, seguida de restauração de 2 ou mais superfícies (14,1%), ou seja, as necessidades restauradoras foram predominantes. Em menor escala, houve também a necessidade de tratamentos endodônticos (2,0%), outros tratamentos (2,0%) e selante (0,7%).

No sexo feminino, 76,2% apresentavam alguma necessidade de tratamento, enquanto, no masculino, essa porcentagem é de 87,7%. Essa diferença, no entanto, não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,052$ ). Isolando cada necessidade, dentre os pacientes que necessitavam de restauração de 1 superfície, 51,7% eram do sexo masculino. Entretanto, para restaurações de 2 ou mais superfícies, a predominância foi do sexo feminino, ocorrendo o mesmo para extrações, prevenção e outras necessidades não especificadas na ficha da OMS, embora tenham sido as que mais se apresentaram isentas da necessidade de tratamento. As mulheres ainda foram as únicas a necessitar de selantes. Os homens necessitaram mais de tratamentos endodônticos (Tabela 3).

Dos pacientes de até 6 anos, 74,2% apresentaram algum tipo de necessidade, enquanto, para pacientes de 7 anos ou mais, a porcentagem é de 86,2%, sendo essa diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,021$ ). Entre os pacientes sem necessidade, crianças com até 6 anos predominavam, embora estas eram as que mais necessitavam de prevenção e as únicas a necessitar de cuidados endodônticos. Por outro lado, as crianças de 7 anos ou mais tinham, nas suas necessidades, as restaurações de 2 ou mais superfícies, de extrações indicadas, restaurações de 1 superfície e os únicos a necessitarem de selante e de outros tratamentos (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

### Experiência de cárie

O levantamento realizado em 198610 evidenciou índices médios de ceo-d de 1,25, CPO-D para crianças de 9 anos de 3,61 e para crianças de 12 anos de 6,65. Comparativamente ao encontrado neste estudo, o ceo-d atual sofreu elevação ex-

217

Tabela 3: Distribuição da necessidade de tratamento por sexo

Sexo	NECESSIDADE DE TRATAMENTO															
	Sem		Com Necessidade													
	Necessidade	Restauração de 1 superfície*	Restauração de 2 ou mais superfície*	obturaçãopulpar*	Extração indicada*	Prevenção*	Selante	Outros*								
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Feminino	20	71,4	43	48,3	11	52,4	1	33,3	10	58,8	11	52,4	1	100,0	2	66,7
Masculino	8	28,6	46	51,7	10	47,6	2	66,7	7	41,2	10	47,6	0	0,0	1	33,3
Base	28	100,0	89	100,0	21	100,0	3	100,0	17	100,0	21	100,0	1	100,0	3	100,0
% do Total**	28	18,8	89	59,7	21	14,1	3	2,0	17	11,4	21	14,1	1	0,7	3	2,0

\* Pacientes não excluídos das outras necessidades

\*\*Total de paciente: n = 149

Tabela 4: Distribuição da necessidade de tratamento por idade

Idade	NECESSIDADE DE TRATAMENTO															
	Sem Necessidade		Restauração de		Restauração de 2		Com Necessidade				Cuidado e					
			1 superfície*	%	ou mais superfície*	%	obturação	%	Extração	%	Prevenção*	%	Selante	%	Outros*	%
Até 6 anos	16	57,1	42	47,2	5	23,8	3	100,0	5	29,4	14	66,7	0	0,0	0	0,0
7 anos ou mais	12	42,9	47	52,8	16	76,2	0	0,0	12	70,6	7	33,3	1	100,0	3	100,0
Base	28	100,0	89	100,0	21	100,0	3	100,0	17	100,0	21	100,0	1	100,0	3	100,0
% do Total**	28	18,8	89	59,7	21	14,1	3	2,0	17	11,4	21	14,1	1	0,7	3	2,0

\* Pacientes não excluídos das outras necessidades

\*\*Total de paciente: n = 149

trema e para o CPO-D, neste estudo, não houve distinção em faixa etária, embora, mesmo assim, o CPO-D atual demonstre uma redução comparativa. Para isenção de experiência de cárie, na dentição decídua (até 6 anos), encontrava-se, em 1986, uma população de 48% das crianças pesquisadas, enquanto que, para a dentição permanente (6-12 anos), encontrava-se 13,8%. Nessa época, a situação mais favorável era a do Nordeste, com CPO-D máximo de 3 (uma situação considerada ideal) em 27,5% da população pesquisada com até 12 anos.

Em 1996, avaliando-se a zona urbana de todas as capitais brasileiras, além do Distrito Federal, foi encontrado o ceo-d (apenas para crianças de 6 anos) de 2,89, um índice mais próximo do resultado encontrado, mas ainda inferior. O CPO-D foi calculado para as idades de 06 a 12 anos, em 0,23; 0,70; 1,15; 1,53; 1,37; 2,23; 3,06, respectivamente para cada idade neste intervalo<sup>11</sup>.

Os índices de cárie encontrados neste levantamento, seja para o CPO-D seja para o ceo-d, foram superiores aos relatados no último levantamento realizado a nível nacional para a mesma faixa etária, SB Brasil 2003. As crianças sem experiência de cárie na dentição decídua foram, para as faixas etárias de 18 a 36 meses e 6 anos respectivamente, para todo o Brasil de 73,15% e 40,62% e, especificamente, para o Nordeste de 73,09% e 34,92%, evidenciando que, nesse curto intervalo, há uma disseminação mais acentuada desse tipo de doença. Em contrapartida, para a dentição permanente, avaliou-se, apenas, a faixa de 12 anos, encontrando-se 31,08% e 27,52% da amostra para o Brasil e para a Região Nordeste, respectivamente<sup>12</sup>.

Aranha<sup>5</sup>, num estudo similar em Roraima em escolares de 12 anos, encontrou uma prevalência de crianças livres de cárie de 21% e o CPO-D médio de 3,2, resultado próximo ao encontrado em Camaragibe-PE.

Em Goiás, Freire et al.<sup>13</sup> encontraram que a porcentagem de escolares livres de cárie foi muito baixa em todas as idades, sendo 4,4% aos 12 anos e, ainda, que o índice CPO-D variou de 0,41 aos 6 anos a 5,19 aos 12 anos. O índice ceo-d nesta faixa etária variou de 4,93 a 0,29. Entretanto, o próprio autor alerta que esses dados por ele evidenciados devem ser interpretados com cautela, por se tratar de um estudo meramente descritivo.

Traebert et al.<sup>14</sup> encontraram, em Blumenau-SC, um ceo-d = 2,42 e CPO = 1,46 (considerando ceo-d para crianças de 6

anos e CPO-D, de 12 anos), níveis extremamente reduzidos, se comparados a esse resultado.

Em dois municípios catarinenses de pequeno porte – São João do Sul e Treviso – foi evidenciado CPO-D de 1,91 e 1,84 para a faixa de 6 a 12 anos, contrapondo-se à literatura encontrada<sup>15</sup>.

Em Camaragibe<sup>16</sup>, um levantamento de prevalência de cárie foi executado em crianças de 0 a 36 meses, com amostra de 230 crianças, evidenciando que o ceo-d foi de 0,53. Como poucos indivíduos dessa faixa estavam presentes neste estudo, não foi possível comparação, entretanto a informação não perde a pertinência e relevância.

Em Recife<sup>17</sup>, crianças de até 6 anos de idade apresentaram um ceo-d médio de 0,42. Um estudo desenvolvido na Várzea apresentou um ceo-d médio dentro da faixa desejável, diferentemente do nosso estudo que apresentou ceo-d médio de 3,51.

## Necessidade de Tratamento

A necessidade de tratamento não se constituiu em objetivo nos levantamentos de 1986 e 1996. No entanto, no SB Brasil 2003, este é abordado sobre a caracterização por dente e não, por indivíduo, como neste estudo, o que inviabilizou a comparação das informações.

Freire et al.<sup>13</sup> encontraram que, em Goiás, apenas 13,5% e 31,1% dos estudados apresentavam necessidade de tratamento na dentição permanente e decídua, respectivamente. Em contraposição à elevada prevalência de experiência de cárie, esse tipo de resultado caracteriza a falta de relação entre a experiência de cárie e a necessidade de tratamento. A necessidade mais premente foi tratamento restaurador (50,2% e 76,1%, respectivamente), de acordo com os resultados obtidos neste estudo.

Em Blumenau, Traebert et al.<sup>14</sup> encontraram isentas de cárie 42% crianças de 6 anos de escolas públicas, enquanto, nas escolas privadas, encontrou 77%. Para 12 anos, apenas de escola pública, a porcentagem foi de 53%. Quanto ao tipo de necessidade, este estudo corrobora o nosso resultado quando evidencia que o tratamento restaurador é, mais uma vez, a grande necessidade.

Comparativamente a outros estudos, uma distinção

bem clara para este estudo é que se englobou um intervalo populacional mais amplo, de 2 a 13 anos de idade, enquanto que a maioria foca em faixas etárias (18 a 36 meses, 6 anos e 12 anos).

O grande problema de cárie é a visão que se tem de esse fato ser um fenômeno normal, no máximo uma fatalidade e se ignorar o caráter infeccioso transmissível, passível de prevenção e controle dessa patologia. Existe uma necessidade cada vez mais premente de desenvolver programas educativos direcionados aos pais e preventivos direcionados aos primeiros anos de vida, com o intuito de estabelecer precocemente hábitos saudáveis e oferecer a verdadeira saúde bucal<sup>18</sup>.

## CONCLUSÃO

Uma questão bastante clara é que a experiência de cárie (aferida pelo ceo-d e CPO-D) não caracteriza, no sentido estrito, a necessidade de tratamento, mas a recíproca é válida. O tratamento se faz necessário quando a doença está instalada, mas ambos os índices englobam outros fatores como dentes restaurados, dentes perdidos por trauma ou esfoliação natural e que não precisam estar correlacionados à cárie.

Este estudo evidenciou que

1. A quantidade de crianças isentas de cárie representou apenas cerca de um quarto de ambos os grupos etários estudados (2-6 anos e 7-13 anos);
2. 73,2% das crianças de até 6 anos e 37,2% das crianças com 7 anos ou mais possuíam níveis inaceitáveis de cárie, segundo as metas estabelecidas pela OMS;
3. Os índices médios de CPO-D e ceo-d encontraram-se acima do desejável;
4. A maioria dos pesquisados indicou a necessidade de tratamento, principalmente de tratamento restaurador.

## REFERÊNCIAS

1. Moura C, Cavalcanti, AL. Maloclusões, cárie dentária e percepções de estética e função mastigatória: um estudo de associação. *Rev Odonto Ciência*. 2007; 22(57): 256-62.
2. Amore R, Anido AA, Moraes LC, Moraes MEL. Comparação entre o diagnóstico clínico e radiográfico da cárie dental. *Pós-Grad Rev Fac Odontol*. 2000; 3(2): 62-8.
3. Fejerskov O, Kidd E. *Cárie Ddentária – A a doença e seu tratamento clínico*. São Paulo: Santos; 2005.
4. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(1): 79-87.
5. Aranha LAR. *Prevalência de cárie dental e gengivite em escolares de 12 anos na rede municipal de ensino de Boa Vista, Roraima*. [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2004.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da Ppopulação 2007* [homepage na internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao>. Acesso em: 10 jul 2008.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Resultados da Aamostra do Ccenso Ddemográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
8. Organização Mundial da Saúde. *Levantamento Eepidemiológico Bbásico em Ssaúde Bbucal*. Manual de Instruções. 3. ed. São Paulo: Santos; 1991.
9. Ribeiro DM, Rauen MS, Monteiro Júnior S. *Cárie dentária*

nas populações jovens em todo o mundo. *RBO*. 2005; 62(3 e 4): 249-51.

10. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
11. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Sorte JAB, Coimbra LGA, Batista RC. *Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal*. Unimontes Científica [periódico na Internet]. 2005 jan/jun [acesso em 2008 Nov 21]; 7(1): [11p.] Disponível em: [http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/\\_revista\\_v7\\_n1/Artigos/levantamento\\_Epidemiologico/Artigo/levantamento\\_%20epidemiologico\\_v7n1.htm](http://www.unimontes.br/unimontescientifica/revistas/_revista_v7_n1/Artigos/levantamento_Epidemiologico/Artigo/levantamento_%20epidemiologico_v7n1.htm)
12. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
13. Freire MCM, Pereira MF, Batista SMO, Borges MRS, Barbosa MI, Rosa AGF. *Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino*. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33(4):385-90.
14. Traevert JL, Peres MA, Galesso ER, Zobot NE, Mercenes W. *Prevalência e severidade de cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade*. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(3): 283-8.
15. Traevert J, Suárez CS, Onofri DA, Mercenes W. *Prevalência e severidade de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico em pequenos municípios brasileiros*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2002 mai/jun;18(3):817-821.
16. Couto GBL, Vasconcelos MMVB, Melo MMDC, Camelo CAC, Valença PAM. *Prevalência de cárie, mancha branca e placa visível em crianças de 0 a 36 meses, assistidas pelo Programa de Saúde da Família em Camaragibe/PE*. *Odontol Clín-Cient*. 2005 jan-abr; 4(1): 19-27.
17. Limeira AB, Lima FRFB, Franca C, Colares V, Grinfeld S. *Prevalência de cáries em crianças e cuidadores de uma creche em Recife/PE*. *Odontol Clín-Cient*. 2010; 9 (4): 325-329.
18. Guimarães MS, Zuanon ACC, Spolidório DMP, Bernardo WLC, Campos JACB. *Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade?* *Cienc Odontol Bras*. 2004; 7 (4): 45-51.