

Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde bucal na prevalência de cárie dentária em crianças

Evaluation of socioeconomic conditions and access to oral health services on the prevalence of dental caries in children

Stéphanie Quadros Tonelli*

Laise Angélica Mendes Rodrigues**

Ana Maria Alencar***

Carlos Alberto Quintão Rodrigues****

Resumo

Objetivo: esta pesquisa objetiva avaliar a relação dos fatores socioeconômicos na ocorrência de cárie dentária e analisar o impacto da implantação da Equipe de Saúde Bucal (ESB), comparando a necessidade de tratamento odontológico para cárie dentária de crianças acompanhadas com crianças não adscritas pela ESB, em uma população de crianças de 1 a 70 meses (0 a 5 anos). **Sujeitos e método:** trata-se de um estudo quantitativo analítico que compreende o levantamento de dados socioeconômicos e de condições de saúde bucal de 150 crianças de 0 a 5 anos. Foram avaliados por um cirurgião-dentista calibrado os índices ceo-d e de necessidade de tratamento odontológico, bem como realizada entrevista com os pais ou responsáveis dos indivíduos para averiguação de dados acerca de alfabetização do chefe de família, abastecimento de água, renda familiar, número de pessoas no domicílio e renda per capita. Os indivíduos foram divididos em dois grupos, G1 (acesso à ESB) e G2 (não acesso). **Resultados:** a maioria das crianças avaliadas reside em domicílios com chefes de família alfabetizados e tem acesso ao abastecimento de água pela rede pública. O ceo-d médio de toda a amostra foi de 1,17 e a média do número de dentes com necessidade de tratamento foi de 0,74; 77% das crianças avaliadas apresentaram ceo-d igual

a 0. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre o ceo-d dos dois grupos, contudo, o G1 apresentou um menor índice de necessidade de tratamento odontológico. **Conclusões:** a inclusão de ESB diminui as necessidades de tratamento odontológico, sendo recomendada, especialmente, a crianças com piores índices socioeconômicos.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Cárie dentária. Fatores socioeconômicos. Saúde bucal.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição brasileira de 1988, contempla o conjunto de todas as ações e todos os serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas nos diversos níveis da Federação¹. Sua implantação decorre de um momento histórico social, em resposta às manifestações de um conjunto de necessidades sociais de saúde, que a defende como direito de todo cidadão^{1,2}.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i2.5782>

* Especialista em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais.

** Doutoranda em Odontologia Restauradora pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde, Coremu, Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais.

*** Especialista em Saúde da Família pelo Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde, Coremu, Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais.

**** Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes. Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, Coremu, Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, Minas Gerais.

O SUS tem base nos princípios de acesso, universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizativas de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade³. Sua criação determinou grandes mudanças nas políticas de saúde do Brasil, por meio de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde. Dentro dessas propostas de mudança, em 1994, foi instituída a Estratégia de Saúde da família (ESF)⁴.

A ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua⁵. Objetiva a reformulação e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, colaborando para o acesso universal e equânime aos serviços de saúde, com vistas à integralidade das ações que promovam a qualidade de vida^{1,6}.

No ano 2000, foi criado o incentivo de saúde bucal pelo Ministério da Saúde, que propiciou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESBs) na ESF^{7,8}. As ESBs são constituídas por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal, que realizam atividades preventivas, promocionais e reabilitadoras⁶.

Diversos relatos na literatura apresentam informações relevantes, porém insuficientes, para a avaliação do impacto e dos resultados da implantação da ESB na ESF⁹⁻¹¹. Tal fato é sugestivo de que outros estudos com metodologias de avaliação mais apropriadas devem ser conduzidos a fim de comprovar a eficiência das ESBs no contexto da ESF^{9,12}.

Os levantamentos epidemiológicos na área da saúde bucal, além de incrementarem evidências científicas à epidemiologia da saúde bucal, são essenciais na formulação de programas e na organização dos serviços de saúde, corroborando com os princípios do SUS^{9,12-14}. A cárie dentária, embora tenha apresentado declínio nos últimos anos, ainda é um problema de saúde pública e representa a maior causa de perdas dentárias^{12,14}. Estudos prévios evidenciaram a necessidade da investigação do papel de indicadores socioeconômicos na ocorrência de cárie dentária^{11,15-20}.

Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação dos fatores socioeconômicos na prevalência de cárie dentária e analisar o impacto da implantação de uma ESB, comparando a necessidade de tratamento odontológico para cárie dentária de crianças acompanhadas com crianças não adscritas por ESB, em uma população de crianças de 1 a 70 meses (0 a 5 anos).

Sujeitos e método

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa Processo de territorialização das Equipes de Saúde da Família Planalto I, II e III, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 761.482.

Trata-se de um estudo quantitativo analítico que compreendeu o levantamento de dados socioeconômicos e de condições de saúde bucal de uma população de crianças de 0 a 5 anos, cujos pais ou responsáveis, previamente ao exame bucal, receberam informações sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados no período de junho a dezembro de 2015 na Unidade Básica de Saúde Planalto, situada no Bairro Planalto, no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

No município, localizado no norte de Minas Gerais, a implantação da ESF se deu em 1998, mas somente em 2005 as ESBs foram inseridas. No ano de 2015, a cobertura populacional do município de Montes Claros pelas equipes de ESF foi de 61% em relação à população total e de 46% de ESB, ou seja, uma parte da população não tem acesso integral aos serviços odontológicos. Com relação à Unidade Básica de Saúde de estudo, a ESF foi implantada no início de 2014, porém, apenas uma parte da população atendida foi contemplada com a cobertura por ESB, de modo que parte desse território ainda permanece sem assistência odontológica. Dentre os objetivos do estudo está a comparação dessas duas populações distintas.

Os exames foram realizados por um único cirurgião-dentista previamente treinado e calibrado, com auxílio de um entrevistador/anotador, em ambiente amplo, sob iluminação natural, empregando-se afastador bucal descartável de madeira e espelho clínico. Para calibração do examinador, foram avaliadas dez crianças aleatórias. Duas avaliações foram realizadas com as mesmas crianças em um intervalo de quinze dias. O coeficiente de Spearman foi aplicado para verificar as concordâncias intraobservador, obtendo-se elevado valor ($r_s=0.951$).

No cálculo amostral, foram considerados: uma população finita de 123 indivíduos, número que representa a quantidade de crianças na faixa etária do estudo adscritas à ESF com ESB, a ocorrência de eventos e doenças de acordo com estudos prévios e um nível de significância de 5%. A partir desses dados, a população mínima foi estimada em 75 crianças para a formação de um grupo, foram selecionadas mais 75 crianças para outro grupo. Os critérios de inclusão foram: idade (0 a 70 meses), ausência de doenças sistêmicas crônicas e comparecer às consultas de crescimento e desenvolvimento, chamadas nutricionais ou encontradas em seu domicílio durante visita domiciliar. A população em estudo foi dividida em dois grupos: G1, com acesso à ESB, e G2, sem acesso à ESB.

Dentre os desfechos de saúde, o levantamento considerou a condição das coroas dentárias com base na metodologia do SBBrazil 2002/2003 para identificar presença da cárie dentária, com as classificações: coroa hígida, cariada, restaurada mas com cárie, restaurada e sem cárie, perdido devido à cárie, perdido por outras razões, apresenta selan-

te, apoio de ponte ou coroa, não erupcionado, fratura ou trauma, dente excluído, não se aplica e sem informação. Com essa classificação, foi realizada a análise exploratória a partir do número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados, obtendo-se o índice ceo-d. Foi estimada a prevalência das crianças que acusaram experiência prévia de cárie, ou seja, que apresentavam pelo menos um dente acometido pela cárie^{21,22}.

O segundo parâmetro utilizado foi a necessidade de tratamento dentário (NT), para a qual foram adotados os critérios: nenhum tratamento, restauração de uma superfície dentária, restauração de duas ou mais superfícies dentárias, coroa por qualquer razão, faceta estética, tratamento pulpar e restauração, extração, remineralização de mancha branca, selante, não se aplica e sem informação. A condição da coroa e a necessidade de tratamento foram analisadas considerando os dentes e os indivíduos como unidades de análise^{21,22}.

A sistematização dos critérios socioeconômicos foi realizada por meio de entrevista com os pais/responsáveis, considerando dados sobre a alfabetização do chefe de família (alfabetizado/não alfabetizado), o abastecimento de água (rede pública/outra fonte), a renda familiar (valor em reais), o número de pessoas no domicílio e a renda *per capita*.

As análises foram obtidas por meio do *software* PASW® (Predictive Analytics Software), versão 18.0 for Windows, e os resultados foram apresentados em frequências simples (n), percentuais (%), médias e desvios padrão (DP). Após aplicação do teste de normalidade, as análises foram feitas considerando duas amostras não pareadas pelo teste de Mann Whitney (U) para comparar as médias entre os grupos. O nível de significância considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Um total de 150 crianças de 1 a 70 meses foi avaliado, distribuídas equitativamente em dois grupos: G1, crianças cadastradas na ESB, e G2 crianças da área descoberta. Com relação ao sexo, 83 crianças eram do sexo feminino e 67, do masculino. A média de idade da amostra foi de 33,42 meses (3,16 anos).

A maioria das crianças avaliadas reside em domicílios com chefes de família alfabetizados e tem acesso ao abastecimento de água pela rede pública. A média de pessoas por domicílio é de quatro pessoas para G1 e cinco pessoas para G2. Na Tabela 1, estão descritas as frequências dos parâmetros avaliados dos indivíduos por área e da amostra.

Tabela 1 – Descrição da frequência dos parâmetros avaliados por grupo e total

	G1		G2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
0 a 17 meses	26	34,60	9	12,00	35	23,00
18 a 36 meses	11	14,66	22	29,33	33	22,00
37 a 54 meses	17	22,66	23	30,66	40	27,00
55 meses ou mais	21	28,08	21	28,01	42	28,00
Sexo						
Feminino	44	58,66	39	51,00	83	55,00
Masculino	31	41,34	36	49,00	67	45,00
Alfabetização do chefe de família						
Alfabetizado	73	97,00	74	98,00	147	97,50
Analfabeto	2	3,00	1	2,00	3	2,50
Abastecimento de água						
Rede pública	74	98,00	74	98,00	148	98,00
Outras fontes	1	0,02	1	0,02	2	2,00
Renda familiar						
Acima de 1 salário mínimo*	67	89,00	15	20,00	85	55,00
Até 1 salário mínimo*	8	11,00	60	80,00	68	45,00
Renda per capita						
Acima de R\$ 197,00**	70	93,00	10	13,00	80	53,00
Até R\$ 197,00**	5	7,00	65	87,00	70	47,00
Índice cedo						
Ceo-d = 0	58	77,00	48	64,00	106	70,00
Ceo-d > 0	17	23,00	27	36,00	44	30,00

* Salário base de referência no ano de 2015 (R\$ 788,00); ** ¼ do salário mínimo¹³.

Fonte: dados da pesquisa.

Considerando os parâmetros da avaliação bucal, a amostra apresentou ceo-d médio de 1,17, e a média do número de dentes com necessidade de tratamento foi de 0,74. Foi realizado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, com o qual se constatou que os dados não são paramétricos, portanto, optou-se por utilizar o teste Mann Whitney para comparar nos indivíduos de G1 e G2 as médias do índice ceo-d e seus componentes, sendo: “c” (com a coroa cariada ou restaurada e cariada), “e” (extraídos/perdidos por cárie) e “o” (obturados/restaurados e sem cárie), a média do número de dentes com necessidade de tratamento e a renda *per capita*, que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados do teste de Mann Whitney comparando as médias entre os grupos

	G1		G2		U	P
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão		
Idade em meses	34,41	22,80	39,89	17,62	2469,5	0,197
C	0,13	0,93	1,29	2,48	368,5	0,000*
E	0,03	0,23	0,04	0,35	185,0	0,000*
O	0,73	1,70	0,11	0,63	1901,0	0,000*
Ceo	0,89	2,10	1,44	2,82	2812,0	0,992
NT	0,12	0,93	1,37	2,60	2319,5	0,001*
Renda <i>per capita</i>	546,79	353,55	138,74	67,31	1873,5	0,000*

* $p \leq 0,05$ pelo teste de Mann Whitney.

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, estão discriminadas as frequências simples e o percentual do número de dentes com necessidade de tratamento entre os grupos com e sem cobertura de saúde bucal e de acordo com duas categorias de renda *per capita*¹³.

Pode-se constatar que 70% das crianças avaliadas nunca tiveram experiência de cárie. Apenas 20% das crianças apresentaram dentes com necessidade de tratamento, sendo que a grande maioria delas era do G2. Não obstante, quando apresentavam necessidade era, em média, de 1,3 dentes ($\pm 2,6$).

Tabela 3 – Frequências simples da NT entre os grupos e de acordo com a renda *per capita*

Grupos	NT = 0	NT > 0
G1	74	1
G2	46	29
Renda <i>per capita</i>		
Acima de R\$197,00	74	4
Até R\$197,00	47	25

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

Neste estudo, pode-se observar que 77% das crianças avaliadas apresentaram ceo-d igual a 0, ou seja, a maioria das crianças avaliadas nunca teve experiência de cárie, resultado semelhante ao de outro estudo realizado no mesmo município em 2012, que avaliou crianças de 18 a 36 meses (85,3%)²³. Diferindo desses achados, um estudo semelhante demonstrou que 78,5% das crianças participantes apresentavam pelo menos um dente cariado¹⁹. O ceo-d médio de toda a população avaliada e por grupos, manteve-se abaixo da média nacional (2,8) e municipal (1,72), considerando faixa etária semelhante^{23,24}.

O acesso ao abastecimento de água pela rede pública de quase a totalidade da amostra (98%) pode também colaborar para as boas condições de

saúde bucal apresentadas pela população avaliada, comprovadas pelo baixo valor de ceo-d e NT. Vários estudos indicam que esse recurso contribui para a redução da prevalência da cárie, uma vez que o flúor contido na água de abastecimento público possibilita o controle de lesões cariosas e, conseqüentemente, promove a diminuição na sua prevalência e incidência^{12,25}.

O índice ceo-d, apesar de ainda ser largamente utilizado em estudos epidemiológicos de saúde bucal^{19,23-25}, apresenta limitações e pode não fornecer a real conjectura da distribuição da doença na população, pois as crianças livres de cárie são incluídas no cálculo²⁴⁻²⁶. Isso ocorre porque o componente obturado (restaurado e sem cárie) gera uma superestimação do índice. Apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre o ceo-d dos dois grupos, tal fato pode ser explicado pelo componente cariado ter sido mais expressivo no G2, enquanto o componente obturado (restaurado) foi maior no G1, destacando a falha no referido indicador de saúde bucal.

Esses dados refletem maior acesso e maior utilização dos serviços odontológicos pelo G1, que está coberto por ESB. Aliado a isso, o G1 também apresenta um menor índice de necessidade de tratamento odontológico. Corroborando com os achados deste estudo, outras publicações também evidenciaram um menor índice de necessidade de tratamento em indivíduos que têm acesso a uma ESB, comparado ao daqueles que não têm esse acesso²⁷⁻³⁰.

Vários estudos apontam a associação de fatores socioeconômicos com o risco e/ou a prevalência de cárie^{11,15,17,20,31,32}. Podem-se constatar, por meio deste estudo, diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com relação à renda familiar e *per capita*. Tal fato pode influenciar nos resultados que mostram melhores condições de saúde bucal do G1 em relação ao G2, uma vez que o primeiro apresenta condições socioeconômicas mais favoráveis que o segundo.

A associação entre cárie e níveis socioeconômicos mais baixos pode ser explicada pelo consumo elevado de carboidratos por indivíduos e comuni-

dades de baixa renda no Brasil, incluindo o açúcar, pela negligência na utilização de dentifrício fluorado e pelo acesso inadequado ao serviço odontológico^{11,12,17,20,25}. Outros estudos demonstraram que fatores como condições de privação social e baixo nível de instrução dos pais/responsáveis podem exercer impacto negativo na experiência de cárie na dentição decídua^{12,25,30,31,33,34}. Nossos dados apontam para a relação da cárie com a privação social, porém não foi detectada a mesma associação com a alfabetização do chefe de família.

Não obstante a amostra limitada deste estudo, a necessidade de acompanhamento por uma ESB é evidente, em especial, para as populações com baixa renda familiar e *per capita*. Além disso, pode-se ressaltar a importância da ESB para manter baixos os índices de necessidade de tratamento odontológico e, nesse contexto, planejar ações que estejam voltadas para a prevenção da recidiva de cárie e manutenção das condições de saúde bucal.

Os autores sugerem mais estudos e levantamentos para melhor constatar essas evidências e fornecer informações precisas para programas e estratégias de saúde bucal, no intuito de minimizar as desigualdades na distribuição da doença, com vistas a otimizar as intervenções e direcionar os recursos para as áreas que manifestam uma maior necessidade, garantindo-se, assim, o princípio da equidade nos serviços de saúde.

Conclusões

Pode-se concluir do estudo que:

- a) indicadores socioeconômicos desfavoráveis, como baixa renda familiar e *per capita*, podem estar associados a uma maior prevalência da doença cárie em crianças de 0 a 5 anos, determinados por índice ceo-d elevado;
- b) o acesso aos serviços odontológicos fornecidos pela Equipe de Saúde Bucal, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, implica em baixa necessidade de tratamento odontológico em crianças de 0 a 5 anos.

Abstract

Objective: This research aims to assess the relationship of socioeconomic factors in the occurrence of dental caries, and to analyze the impact of establishing an oral health team (OHT), comparing the need for dental treatment of caries in accompanied children and children not ascribed by an OHT, in a population of children aged 1-70 months (0-5 years). Subjects and method: This analytical quantitative study included the collection of socioeconomic data and oral health status of 150 children aged 0 to 5 years. A calibrated dentist assessed ceo-d and need for dental treatment indexes, and conducted interviews with parents/guardians of the subjects to investigate literacy of the head of the family,

water supply, household income, number of people in the household, and per capita income. The subjects were divided into two groups: G1 (access to OHT) and G2 (no access). Results: Most of the children assessed lives in households with literate heads of family and have access to the public water supply system. The average ceo-d of the entire sample was 1.17 and the average number of teeth in need of treatment was 0.74; 77% of the children assessed showed ceo-d equal to 0. There were no statistically significant differences between the ceo-d of both groups, but G1 presented lower need for dental treatment. Conclusions: The inclusion of an OHT reduces dental treatment needs, and it is specially recommended with the lowest socioeconomic indices.

Keywords: Dental care. Dental caries. Socioeconomic factors. Oral health.

Referências

1. Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia* 2013; 9(16):131-47.
2. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):223-30.
3. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira A. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no estado de Minas Gerais. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):1367-77.
4. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13(6):1027-34.
5. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):23-34.
6. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: *Saúde no Brasil. The Lancet (Série Brasil)* 2011; 377(9779):11-31.
7. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):219-27.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Brasília, 28 dez. 2000.
9. Soares FF, Figueiredo CRV, Borges NCM, Jordão RA, Freire MCM. Atuação da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família: análise dos estudos publicados no período de 2001-2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3169-80.
10. Bueno VLR, Cordoni-Júnior L, Mesas AE. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3069-82.
11. Silva RDR, Amaral RC, Souza MLR. Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2013; 67(2):141-5.
12. Carvalho VA, Espindula MG, Valentino TA, Turssi CP. Abordagens utilizadas na avaliação do risco de cárie. *RFO UFP* 2011; 16(1):105-9.

13. Massoni ACL, Oliveira AFB, Chaves AMB, Sampaio FC, Rosenblatt A. Fatores sócio-econômicos relacionados ao risco nutricional e sua associação com a frequência de defeitos do esmalte em crianças da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(12):2928-37.
14. Coimbra MB, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. *Arq Odontol* 2012; 48(3):142-50.
15. Rihs LB, Sousa MLR, Cypriano S, Abdalla NM. Desigualdades da distribuição de cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2173-80.
16. Lopes LM, Vazquez FL, Pereira AC, Romão DA. Indicadores e fatores de risco da cárie dentária em crianças no Brasil – uma revisão de literatura. *RFO UPF* 2014; 19(2):245-51.
17. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 4(22):279-85.
18. Landim JR, Freire-Neta MCA, Martins MCA, Nuto SAS, Braga JU. Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. *RFO UPF* 2013; 18(1):75-82.
19. Santos-Júnior VE, Alencar-Filho AV, Sousa RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *RFO UPF* 2013; 18(1):61-8.
20. Nova FAV, Ambrosano GMB, Pereira SM, Pereira AC, Meneghin MC. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10(34):1-9.
21. Roncalli AG, Frazão P, Patussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva* 2000; 1(2):9-25.
22. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Rodrigues LAM, Martins AMEBL, Ferreira RC, Silva JM, Anjos CP, Caldeira TCR, et al. Saúde bucal e perfil sociodemográfico das crianças de 18 a 36 meses de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RUC* 2012; 14(1):57-68.
24. Palma ABO, Martins AMEBL, Ferreira RC, Mendes LA, Cachoeira NL, Borges CNF, et al. Saúde bucal de crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Brasil. *RUC* 2012; 14(1):69-82.
25. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 11(1):79-87.
26. Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N, Góes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal na estratégia saúde da família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3083-91.
27. Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):1017-22.
28. Carvalho JC, Rebello MAB, Vettore MV. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4107-14.
29. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa, PR, Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2311-21.
30. Souza ME, Pereira SM, Castilho ARF, Pereira LJ, Pardi V, Pereira AC. Relação entre fatores socioeconômicos, clínicos e saúde bucal em escolares da zona rural: um estudo longitudinal. *RFO UPF* 2015; 20(2):208-15.
31. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghin ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):523-9.
32. Amaral RC, Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Avaliação longitudinal de um programa odontológico direcionado a crianças de instituições de ensino infantil de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *RFO UPF* 2009; 14(3):203-10.
33. Rihs LB, Gushi LL, Sousa MLR, Wada RS. Cárie dentária segundo o nível socioeconômico em Itapetininga/SP/Brasil. *RFO UPF* 2005; 10(2):16-20.
34. Oliveira RCN, Souza JGS, Oliveira CC, Oliveira LFB, Peliño JEP, Martins AMEBL, et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):85-94.

Endereço para correspondência:

Stéphanie Quadros Tonelli
Rua Pedro Montes Claros, 56 - Centro
39400-059 Montes Claros, MG
Telefone: (38) 99150-2443
E-mail: stephanie_tonelli@hotmail.com

Recebido: 16/03/2016. Aceito: 17/08/2016.