

Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais

Caries experience between mothers and children: influence of socioeconomic factors and behavioral

Anderson de Lima Almeida¹, Amanda Maria Ferreira Barbosa², Valdenice Aparecida de Menezes³, Ana Flavia Granville-Garcia⁴

1. Cirurgião-dentista graduado pela FOP/UPE
2. Doutoranda em Odontopediatria da FOP/UPE
3. Professora do Programa de Pós-Graduação de Odontologia da FOP/UPE
4. Professora do Programa de Pós-Graduação de Odontologia da UEPB

DESCRIPTORES:

Odontopediatria; Cárie Dentária; Fatores de Risco.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a influência de fatores socioeconômicos e comportamentais maternos na experiência de cárie de mães e filhos. O estudo foi realizado com 50 mães acompanhadas de um de seus filhos na faixa etária de 3 a 12 anos, atendidos na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Os dados foram coletados mediante aplicação de um formulário com as mães, e, em seguida, foram realizados exames clínicos da mãe e do filho para avaliação dos índices de cárie. Os resultados apontaram ocorrência de cárie de 56% para as mães e 74% para os filhos, e os índices materno e infantil foram 11,74; 0,65 e 5,92, respectivamente. Apesar da alta ocorrência de cárie, não houve associação estatisticamente significativa entre variáveis socioeconômicas e variáveis relacionadas aos fatores comportamentais maternos em saúde bucal, com a ocorrência de cárie nos filhos. Concluiu-se que as condições de saúde bucal de mães e filhos mostraram-se semelhantes e deficientes.

Keywords:

Pediatric Dentistry; Dental Caries; Risk Factors.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the influence of socioeconomic and behavioral factors in maternal caries in mothers and children. The study was conducted with 50 mothers accompanied by one of their children aged 3 to 12 years attending the clinic of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry of Pernambuco. Data were collected by means of a form with their mothers and then clinical examinations of the mother and child to assess the rates of caries. The results indicated the occurrence of caries of 56% for women and 74% for children and maternal indices and children were 11.74, 0.65 and 5.92 respectively. Despite the high incidence of caries, no statistically significant association between socioeconomic variables, variables related to maternal behavioral factors in oral health with the occurrence of caries in children. It was concluded that the oral health status of mothers and children were similar and the disabled.

373

Endereço para correspondência:

Valdenice Menezes (Autor Responsável):
Rua Carlos Pereira Falcão, 811/602
Boa Viagem – Recife/PE CEP: 51021-350
Email: valdmenezes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A família representa um contexto fundamental na vida de uma criança. Sendo assim, os pais exercem um papel importante na promoção e manutenção da saúde de seus filhos. Estudos realizados em comunidades de baixa renda identificaram a mãe como a principal responsável pela saúde da família.^{1,2,3,4,5}

O crescimento e o desenvolvimento de uma criança são determinados pela herança genética, sendo fortemente influenciados pelo ambiente, sobretudo no que se refere à instalação de doenças e à nutrição.⁶

A Odontologia tem debatido o papel da mãe na transmissão de patógenos bucais ao filho e o consequente desenvolvimento da cárie dentária. Trata-se de um forte envolvimento materno não somente como transmissora de microorganismos mas também como a principal multiplicado-

ra de modelos, hábitos, valores e atitudes perante o seu filho.⁵ Tal visão fortalece a ideia de que a opinião materna com relação a sua própria saúde bucal pode influenciar consideravelmente na saúde oral de seus filhos.⁷ Essa perspectiva se reflete no processo de cura e adoecer infantil, relacionando-se com a ampla discussão da saúde e da doença, a serem vistas como processos, ao mesmo tempo, biológicos e sociais.⁸

A cárie dentária ainda é um grave problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando 60-90% dos escolares e a grande maioria dos adultos.⁹ Diante da multicausalidade dessa patologia, com seus conhecidos fatores determinantes, biológicos e comportamentais, surge a necessidade de pesquisas que incluam a sua interação com os conceitos de bem-estar relacionados à vida de mães, pais e crianças.¹⁰

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação

aos seus objetivos, a suas expectativas, a seus padrões e a suas preocupações.¹¹ Dentro do contexto abordado, torna-se importante orientar as mães para as práticas em saúde bucal, visando torná-las competentes e interativas, para que, dessa forma, elas passem a exercer a função de promotoras de saúde. Essas ações auxiliam na modificação de antigos costumes e constroem novos hábitos, principalmente no ambiente familiar.^{3, 12, 13}

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho é demonstrar a influência de fatores socioeconômicos e fatores comportamentais das crianças na experiência de cárie de mães e filhos.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP/UPE), sob o número de protocolo 085/09.

A amostra foi composta por 50 mães de crianças de ambos os sexos, na faixa etária de 3 a 12 anos, atendidas na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), no período de fevereiro a junho de 2010. Essas foram escolhidas aleatoriamente, de acordo com a sua presença na sala de espera da clínica e da demanda espontânea de crianças a serem atendidas na clínica da faculdade.

Os dados foram coletados em duas etapas: clínica e não clínica. Na etapa clínica, foi realizado o exame clínico intrabucal materno e das crianças para levantamento dos índices de cárie. Os índices utilizados foram dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) para as mães e dentes cariados, com extração indicada e obturados (ceo-d) para as crianças que apresentaram dentição decídua. No caso daquelas em dentição mista, foram utilizados os dois índices. O exame clínico foi realizado por um único examinador previamente calibrado. Para a realização deste, foram utilizadas fichas clínicas contendo os odontogramas para registro dos índices de cárie.

Para os dados clínicos, foi aplicado o teste Kappa visando à calibração intraexaminador com um percentual de 10% da amostra. (Kappa= 0,79 e 0,86 para os índices ceo-d e CPO-D, respectivamente).

Na etapa não clínica, os dados foram coletados por meio da aplicação de um formulário com as mães. Estas foram entrevistadas individualmente por um único entrevistador na sala de espera da clínica. O formulário aplicado abordava questões relativas a fatores socioeconômicos, noções sobre cárie dental e hábitos de saúde bucal de mães e filhos. Com o objetivo de assegurar a validade e a confiabilidade dos dados, os formulários foram validados por meio do método de validação de face com 10% da amostra.

Na análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais e medidas estatísticas: média, mediana e desvio-padrão (Técnicas de estatística descritiva), tendo sido utilizados os testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher quando as condições para utilização do Qui-quadrado não foram verificadas (Técnicas de estatística inferencial). Os testes estatísticos foram realizados com margem de erro de 5,0%. Esta pesquisa foi realizada com recursos dos próprios autores.

RESULTADOS

Na Tabela 1, destaca-se que a média do CPO-D das mães foi bastante elevada (11,74), sendo que as médias de dentes perdidos e obturados representaram as duas maiores contri-

buições na média geral do CPO-D (48,89% e 41,06%, respectivamente).

Tabela 1 – Estatística do CPO-D das mães

Estatística				
CPO-D	Média	Mediana	Desvio padrão	% médio do CPO-D
Cariados	1,18	1,00	1,40	10,05
Perdidos	5,74	4,00	5,70	48,89
Obturados	4,82	4,00	3,67	41,06
CPO-D	11,74	11,50	5,71	

É possível observar, na tabela 2, que a média do ceo-d dos filhos examinados foi de 5,92, e, deste total, mais da metade (55,41%) correspondeu aos dentes cariados e 26,18% corresponderam aos dentes obturados.

Tabela 2 – Estatística do ceo-d das crianças examinadas

Estatística				
CPO-D	Média	Mediana	Desvio padrão	% médio do CPO-D
Cariados	1,18	1,00	1,40	10,05
Perdidos	5,74	4,00	5,70	48,89
Obturados	4,82	4,00	3,67	41,06
CPO-D	11,74	11,50	5,71	

A Tabela 3 mostra que o CPO-D médio dos filhos examinados foi 0,65. Percebe-se, concomitantemente, que a média de dentes perdidos foi nula, e as médias de dentes cariados e obturados foram próximas (0,34 e 0,3, respectivamente).

No estudo da associação entre a ocorrência de cárie dos filhos com cada uma das variáveis socioeconômicas e demográficas maternas, é possível observar diferenças percentuais elevadas entre as categorias de cada uma das três variáveis contidas na Tabela 4, entretanto não se comprova associação significativa ($p > 0,05$).

Dos resultados contidos na Tabela 5, é possível verificar que a maior diferença percentual de ocorrência de cárie dos filhos foi verificada entre as três crianças que não ingeriam alimentos doces (100,0%) e as que ingeriam de uma a duas vezes (69,7%), entretanto não se comprova associação significativa entre as duas variáveis em estudo ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Estatística do CPO-D das crianças examinadas

Estatística				
CPO-D	Média	Mediana	Desvio padrão	% da média do CPO-D
Cariados	0,34	0,00	0,79	52,31
Perdidos	0,00	0,00	0,00	0,00
Obturados	0,31	0,00	0,74	47,69
CPO-D	0,65	0,00	1,26	

Tabela 4 – Avaliação da ocorrência de cárie nas crianças segundo a escolaridade, número de filhos e renda familiar das mães

Ocorrência de cárie no filho								
Variável	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC a 95%)
	n	%	n	%	n	%		
Escolaridade da mãe								
Fundamental incompleto	16	64	9	36	25	100	p ⁽²⁾ = 0,259	**
Médio incompleto	5	100	-	-	5	100		**
Médio completo/Superior	16	80	4	20	20	100		**
Número de filhos								
Um	12	92,3	1	7,7	13	100	p ⁽²⁾ = 0,161	**
Dois	16	72,7	6	27,3	22	100		**
Três ou mais	9	60	6	40	15	100		**
TOTAL	37	74	13	26	50	100		
Renda familiar								
Menos de um salário	9	81,8	2	18,2	11	100	p ⁽²⁾ = 0,452	**
Um salário	14	63,6	8	36,4	22	100		**
Mais de um salário	13	81,3	3	18,8	16	100		**
TOTAL ⁽¹⁾	36	73,5	13	26,5	49	100		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.

(1): Para uma pesquisada não se dispõe desta informação.

(2): A través do teste Exato de Fisher.

Tabela 5 – Avaliação da ocorrência de cárie no filho segundo as questões relacionadas com os hábitos de saúde bucal da criança relatados pelas mães

		Ocorrência de cárie no filho						Valor de p	OR (IC a 95%)
Variável	Sim		Não		TOTAL				
	N	%	n	%	n	%			
Filho Ingere alimentos doces (ao dia)									
Nenhuma		3	100	-	-	3	100	p ⁽²⁾ = 0,655	**
1 a 2		23	69,7	10	30,3	33	100		**
3 ou mais		11	78,6	3	21,4	14	100		**
Frequência de escovação dental do filho?									
Duas vezes		10	76,9	3	23,1	13	100	p ⁽²⁾ = 1,000	**
Três vezes		27	73	10	27	37	100		**
Uso do fio dental									
Sim		15	75	5	25	20	100	p ⁽³⁾ = 0,895	1,09 (0,30 a 4,00)
Não		22	73,3	8	26,7	30	100		
Frequência do uso de fio dental?									
Não usa		8	72,7	3	27,3	11	100	p ⁽²⁾ = 1,00	**
Todos os dias		7	77,8	2	22,2	9	100		**
Às vezes		22	73,3	8	26,7	30	100		**
TOTAL		37	74	13	26	50	100		
Frequência da ida ao dentista									
Até 6 meses atrás		23	71,9	9	28,1	32	100	p ⁽²⁾ = 0,725	**
1 ano ou mais atrás		13	81,3	3	18,8	15	100		**
TOTAL ⁽¹⁾		36	75	12	25	48	100		

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.

(1): Para duas crianças pesquisadas não se dispõe desta informação.

DISCUSSÃO

No presente trabalho, o CPO-D médio das mães foi bastante elevado (11,7), com as médias de dentes perdidos e obturados representando as duas maiores contribuições na média do CPO-D (48,8% e 41,0%, respectivamente). O índice CPO-D encontrado neste estudo está de acordo com a literatura¹⁴ cujo CPO-D médio de gestantes foi igual a (10,4), porém das unidades dentárias examinadas, os componentes perdidos e obturados correspondiam a 11,4% e 15,3%, respectivamente. Isso reflete uma condição de saúde bucal precária por parte da população materna no presente estudo, no que se refere, principalmente, às perdas dentárias. As diferenças no acesso aos serviços odontológicos repercutem sobre a composição do índice que manifesta a experiência acumulada de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D): nos estratos mais desfavorecidos, predominam os componentes relativos à necessidade de tratamento, entretanto, nos estratos com nível de renda mais alto, prepondera o tratamento executado¹⁵.

A média do ceo-d dos filhos examinados foi 5,92, e deste total, mais da metade (55,41%) correspondeu aos dentes cariados, e 26,18% corresponderam aos dentes obturados. Nesta pesquisa, o valor do ceo-d médio foi maior que o observado em outra pesquisa¹⁶, cujo ceo-d médio diminuiu significativamente com a idade, variando de 3,21 aos 6 anos a 1,75 aos 12 anos, com o maior valor, sendo observado aos 7 anos (4,50). Nesse mesmo estudo, os autores ainda observaram que, em relação aos componentes do índice, dos 6 aos 11 anos, predominaram os dentes cariados (83,06%), valor mais alto do que o obtido nesta pesquisa. Em outro estudo, ¹⁷ realizado com escolares de 6 a 12 anos de idade, foi encontrado um ceo-d médio inferior (ceo-d = 3,16) com média de cariados maior e obturados menor que a constatada neste estudo (74,68% e 9,1%, respectivamente). Para alguns pesquisadores¹⁰, quanto mais prematura é a idade dentária, maior é a suscetibilidade da ocorrência da doença cárie, além do fato de as crianças terem uma pequena abertura de boca para a realização da higiene bucal de forma satisfatória. No ano 2000, segundo a meta preconizada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), 21,5% das crianças de 5 a 6 anos de idade deveriam estar livres de cárie.¹⁸ É inegável a necessidade de se ampliar o acesso à atenção e o cuidado das famílias no desenvolvimento de hábitos para a saúde bucal desde a infância. Hábitos desfavoráveis resultam, conseqüentemente, em autopercepções desfavoráveis com relação à própria saúde bucal. Essa afirmação pode ser comprovada por meio dos resultados expressos na literatura¹⁹. Esses autores¹⁹ afirmaram que a autopercepção desfavorável da saúde oral materna, quando os indivíduos são jovens, deve ser considerada como um indicador de risco para a saúde bucal precária dos filhos quando eles atingem a idade adulta.

Com relação ao índice CPO-D, a OMS estabelece a idade de 12 anos como parâmetro básico para o indicador, com a seguinte escala de severidade: prevalência muito baixa (0,1-1,1); prevalência baixa (1,2-2,6); prevalência moderada (2,7-4,4) e prevalência alta (4,5-6,5).²⁰ Em 1979, a OMS estabeleceu o CPO-D não superior a 3,0 aos 12 anos de idade, como meta que deveria ter sido atingida, mundialmente, até o ano 20009 e CPO-D inferior a 1,0 para o ano 2010.¹⁸ Nesta pesquisa, o valor médio do CPO-D nos filhos examinados foi baixo, apresentando valores menores que os encontrados em um trabalho com escolares de 12 anos na cidade de Porto Alegre – RS cujo CPO-D observado foi de $1,63 \pm 0,06$.¹⁵

O comprometimento socioeconômico e sua relação com a saúde bucal há algum tempo tem sido demonstrado pela literatura como indicador de doenças como a cárie den-

tária, demonstrando, assim, a necessidade da observação de seus dados. As pessoas que fazem parte da camada populacional de menor renda normalmente apresentam uma maior relação com a experiência de cárie. O menor poder aquisitivo envolve um conjunto de fatores que dizem respeito ao acesso a serviços de saúde, ao nível educacional, ao estilo de vida, às condições de higiene, à moradia e ao acesso a produtos.¹⁵

Em relação à escolaridade das mães examinadas, 25 (50%) tinham como grau de escolaridade o ensino fundamental incompleto e dos seus filhos, 15 (60%) tinham experiência de cárie, não tendo sido, porém, observada associação significativa da escolaridade materna ($p=0,259$) e ocorrência de cárie nos filhos. Esses resultados vão de acordo com alguns estudos ^{5,10}, que não observaram relação estatisticamente significativa entre escolaridade materna e índice de cárie nos filhos, discordando de outra pesquisa ²¹, onde foi observado que mães com graduação e pós-graduação tiveram suas crianças com menor índice de cárie quando comparadas com mães que haviam concluído o ciclo básico, primeiro grau ou não tinham escolaridade. Embora esse resultado tenha sido o oposto, algumas pesquisas têm demonstrado uma maior ocorrência de cárie em filhos de mães com pouco grau de escolaridade.⁸ O maior grau de escolaridade vem acompanhado de maior oportunidade de acesso à informação em saúde. Crianças que convivem com adultos bem informados estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucais mais saudáveis.⁵

Estudos prévios têm demonstrado que a maior quantidade de filhos está relacionada com a ocorrência mais frequente de cárie na criança. Para alguns pesquisadores¹⁶, esse fato é atribuído à dificuldade das crianças de pouca idade de assumirem a responsabilidade com a sua higiene bucal. No presente trabalho, a quantidade de filhos não se apresentou como uma variável significativa ($p=0,161$), discordando de outro estudo⁸, que encontrou associação significativa entre um maior número de filhos e maior ocorrência de cárie nas crianças.

No que se refere à renda familiar, apesar de a maioria das mães ter referido renda inferior ou igual a um salário mínimo, essa variável não apresentou significância estatística quanto à influência na experiência de cárie das crianças estudadas ($p=0,452$); assim como em outro estudo²². Esses resultados contrariam outras pesquisas⁵, que observaram que 100% das mães de baixa renda (menos que um salário mínimo) possuíam filhos com experiência de cárie. Outro estudo também demonstrou uma relação inversamente proporcional entre presença de cárie e renda familiar, ou seja, à medida que se aumentava a renda familiar, diminuía o percentual de relatos de cárie e vice-versa.²³

Em relação ao que foi relatado pelas mães sobre os hábitos de alimentação e saúde bucal dos filhos, não foram encontradas associações estatisticamente significantes entre frequência diária de ingestão de alimentos doces com a ocorrência de cárie ($p=0,655$), ao contrário de outros pesquisadores ²⁴, que constataram uma associação fraca, porém significativa, entre consumo de açúcar e ocorrência de cárie dental. Destaca-se, nesta pesquisa, que o alto consumo de carboidratos pelos filhos pode ser responsável pela alta ocorrência de cárie da amostra.

Semelhante ao demonstrado na literatura¹⁶, não foi observada uma associação inversamente proporcional entre a ocorrência da cárie e o número de escovações diárias ($P=1.000$). O mesmo ocorreu para as variáveis referentes ao uso do fio dental ($p=0,895$), frequência do uso do fio dental ($p=1,00$) e frequência de ida ao dentista ($p=0,725$). Esses dados concordam com alguns pesquisadores ²⁵, os quais observaram que as variáveis relacionadas mais diretamente à odontologia, tais como acesso à consulta e aos métodos de higiene e

prevenção bem conhecidos, como por exemplo, os fluoretos e a realização da escovação, não foram associadas à cárie de maneira independente. Para os autores, esses achados não são surpreendentes, considerando que o acesso ao dentista resulta em diminuição e alívio de dor e sofrimento, com consequente aumento na qualidade de vida, embora tenha um papel pequeno na redução da cárie dentária. Outros pesquisadores²⁶ ao realizarem seus estudos, também constataram que o uso de dentifrícios fluoretados e a frequência de higiene bucal não tiveram associação com a experiência de cárie.

De uma maneira geral, os resultados do presente estudo não demonstraram uma relação clara entre a escolaridade das mães e a ocorrência de cárie dentária, hábitos alimentares da criança, hábitos de higiene oral e outros fatores associados com o desenvolvimento da cárie dental. A falta de significância estatística quanto às variáveis estudadas e à ocorrência de lesões de cárie em crianças pode ser justificada pelas características específicas da amostra estudada: a mãe era a pessoa que geralmente acompanhava a criança nas visitas odontológicas, recebendo, então, orientações sobre hábitos e comportamentos saudáveis em saúde bucal durante o tratamento de seus filhos na clínica. Fatores como esses assim como a influência do atendimento odontológico precoce oferecido às crianças atendidas na clínica de Odontopediatria da FOP devem ser considerados como vieses ao verdadeiro impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal das crianças examinadas.

CONCLUSÕES

- A ocorrência de cárie na população de mães e dos seus filhos foi alta;
- Não houve associação entre a ocorrência de cárie nas crianças de acordo com a escolaridade, número de filhos e renda familiar das mães;
- Não houve associação entre a ocorrência de cárie nas crianças de acordo com os hábitos de saúde bucal relatados pelas mães.

REFERÊNCIAS

1. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CN. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10 (1): 245-259.
2. Santi LN. Cuidando da saúde bucal do filho: o significado para um grupo de mães. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), 2003.
3. Bardal PAP, Olympio KPK, Do Valle AAL, Tomita NE. Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(1): 161-167.
4. Brandão I MG, Arcieri RM, Sundfeld MLM, Moimaz SAA. Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2006; 22 (6): 1247-1256.
5. Fadel CB, Wagner DM, Furlan EM. Associação entre características sociodentais maternas e experiência de cárie na primeira dentição da criança. *Rev. odonto ciênc*. 2008; 23(1): 31-34.
6. Moura LFA, Moura MS, Toledo O A. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12(4): 1079-1086.
7. Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barabala D, Allison PJ. Relationship between Mothers' Sense of Coherence and Oral Health Status of Preschool Children. *Caries Res*. 2009; 43: 103-109.
8. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos Sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. *Rev. gauch odontol*. 2009; 57 (3): 295-301.
9. Who (World Oral Health). Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme, 2003.
10. Valença PAM et al. Influência do programa Bolsa Família no controle da cárie dentária em crianças. *Dentistry in Science*. 2009; 1 (1): 95-101.
11. WHO (World Oral Health). Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: manual de instruções. Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: Manual de Instruções. 4. ed. Genebra: OMS, 1997.
12. Pereira WF, Ferrari AR, Borges SP, Cruz RA. Influência materna e os fatores de risco de cárie dentária. *Rev. do CROMG*. 2002; 8 (1): 33-42.
13. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e Práticas de Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. *Pesq. bras. odontoped. clin integr*. 2008; 8 (1): 87-92.
14. Ramos TM, Almeida Júnior AAR, Monteiro T, Novais SMA, Grinfeld S, Fortes, TMV et al. Condições bucais e hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju-SE. *Pesq. bras. odontoped. clin integr*. 2006; 6 (3): 229-235.
15. Silva BB, Maltz M. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev. saúde pública*. 2001; 35 (2): 170-176.
16. Galindo EMV, Pereira JAC, Feliciano KVO, Kovacs MH. Prevalência de cárie e fatores associados em crianças da comunidade do Vietnã, Recife. *Rev. bras. saúde mater. Infant*. 2005; 5 (2): 199-208.
17. Gueiros LAM, Paes da Silva MD. Inquérito de cárie dentária e perfil alimentar em escolares de 6 a 12 anos de duas populações da Região Metropolitana do Recife. *Odontologia. clín-cientif*. 2003; 2 (3): 201-210.
18. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Brasil Informativo 2001 [internet]. 2001 mai. [acesso em 2010 set 05]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.htm>
19. Shearer DM, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Maternal Oral Health Predicts Their Children's Caries Experience in Adulthood. *J Dent Res*. [periódico na internet]. 2011 [acesso em 2011 mar 10]; [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://jdr.sagepub.com/content/early/2011/01/18/0022034510393349>
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos. Índice CPO-D. [internet]. 1998. [acesso em 2010 set 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/iddb1998/fqd14.htm>
21. Saito SK, Deccico HMS, Santos MN. Efeito da prática de alimentação infantil e de fatores associados sobre a ocorrência da cárie dental em pré-escolares de 18 a 48 meses. *Rev. odontol. Univ. São Paulo*. 1999; 13 (1): 05-11.
22. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev. saúde pública* [periódico na internet]. 1996 [acesso em 2010 jul 10]; 30 (5): [aproximadamente 7 p.]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v30n5/5093.pdf
23. Chaves SC et al. Determinantes sócio-econômicos e a saúde bucal: um estudo das condições de vida e saúde em crianças com idade entre 3 e 5 anos na cidade de Salvador/BA

- (1996). Rev. ABOPREV. 1998; 1 (1): 03-08.
24. Leite TA, Paula MS, Ribeiro RA, Leite ICG. Cárie dental e consumo de açúcar em crianças assistidas por creche pública. Rev. odontol. Univ. São Paulo. 1999; 13 (1): 13-18.
25. Peres MA, Latorre MRDO, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2003; 6 (4): 30-35.
26. Bonanato K, Scarpelli AC, Goursand D, Mota JPT, De Paiva SM, Pordeus IA. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. Rev. odonto ciênc. 2008; 23 (3): 251- 255.