

# Fatores associados à saúde bucal de pré-escolares inseridos em programa educativo preventivo no município de Piracicaba/SP

THAIS LEITE DE ÁLCANTARA\*, MARÍLIA JESUS BATISTA\*\*, CRISTINA GIBILINI\*\*, NAIARA DE PAULA FERREIRA\*\*, MARIA DA LUZ ROSÁRIO DE SOUSA\*\*\*

\*Graduada pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) – Piracicaba/SP.

\*\*Doutoranda em Odontologia pelo Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) – Piracicaba/SP.

\*\*\*Professora Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp) – Piracicaba/SP.

## RESUMO

*Objetivo:* Verificar quais fatores estão associados à ocorrência de cárie em pré-escolares. *Metodologia:* Foram examinadas 132 crianças de quatro meses a seis anos, com relação à experiência de cárie (ceod), segundo a OMS. Os pais, no momento da autorização, preencheram um questionário para obtenção de dados demográficos, socioeconômicos e de hábitos. Para análise estatística, considerou-se como desfecho presença de cárie (ceod > 0) e ausência (ceod = 0). Além da análise descritiva, foi utilizada Regressão de Poisson, bruta e ajustada, sendo incluídas no modelo as variáveis que obtiveram  $p < 0,25$ , adotando significância de 5%. *Resultados:* A média do ceod foi 0,68 ( $\pm 1,62$ ), e 81,7% dos pré-escolares eram livres de cárie. O gênero feminino (RP 2,3,  $p = 0,02$ ), a baixa escolaridade (RP 1,78,  $p = 0,05$ ) e menor renda (RP 1,17,  $p = 0,05$ ) foram associados ao desfecho (presença de cárie) nestes pré-escolares, independentemente da idade. *Conclusão:* Este estudo verificou que, além do gênero, renda e escolaridade foram associadas à experiência de cárie em pré-escolares. Sendo a cárie na dentição decídua o mais forte preditor dessa doença na dentição permanente, é de grande relevância investir na promoção de saúde bucal nessa faixa etária, considerando os fatores de risco associados a esta condição.

## DESCRIPTORES

*Epidemiologia. Cárie dentária. Pré-escolar. Saúde bucal. Prevalência.*

---

Endereço para correspondência:

Maria da Luz Rosário de Sousa

Avenida Limeira, 901

CEP 13414-018 – Piracicaba/SP

Fone: (19) 2106-5209 / Fax: (19) 2106-5218

E-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, foi observado no Brasil um marcante declínio da experiência de cárie em crianças<sup>27,11,16,26,9</sup>. Segundo Martins *et al.*<sup>20</sup>, esse fato está relacionado à fluoretação das águas, à adição de flúor nos dentifrícios, a alterações no consumo de açúcar, a melhorias nas condições socioeconômicas e ao acesso ao atendimento odontológico.

Os levantamentos de saúde bucal em crianças têm sido realizados em sua maioria em escolares acima dos seis anos de idade e em menor proporção nas crianças abaixo de cinco anos. Isso provavelmente deve-se à dificuldade de realização de exames clínicos nessa faixa etária e a menor importância dada à dentição decídua<sup>27,29</sup>. Entretanto, a investigação de saúde bucal em pré-escolares, apontando a necessidade de tratamento odontológico e planejamento de ações educativo-preventivas, é relevante, tendo em vista a alta prevalência de cárie nessa faixa etária<sup>3</sup> e o fato de que a cárie na dentição decídua é o mais forte preditor dessa doença na dentição permanente<sup>25</sup>.

Os resultados do Projeto SB Brasil 2003<sup>7</sup> mostraram que 27% das crianças entre 18 e 36 meses apresentaram lesões de cárie e, aos cinco anos de idade, 60% da população apresentou experiência de cárie, não atingindo a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000 (50% das crianças entre 5 a 6 anos livres de cárie).

A manutenção de programas preventivos tem sido considerada etapa fundamental do tratamento odontológico, visando promover e manter a saúde bucal. Dessa maneira, exames clínicos periódicos em pré-escolares são essenciais para a motivação e adoção de um estilo de vida saudável, uma vez que é na infância que hábitos alimentares e de higiene são incorporados. Para obtenção de resultados positivos em programas preventivos para pré-escolares, a inclusão dos pais e responsáveis é

fundamental<sup>27</sup>, pois as crianças dessa idade apresentam dependência de cuidados.

O trabalho conjunto com os pais deve ainda envolver as crianças e educadores, abordando temas sobre hábitos alimentares, higiene bucal, hábitos deletérios e cuidados com a saúde desde a infância, já que as doenças bucais podem levar à dor dentária e à consequente perda, que podem interferir na aparência, qualidade de vida, ingestão de alimentos e, consequentemente, no crescimento e desenvolvimento das crianças<sup>19,18</sup>.

Neste contexto, Cypriano *et al.*<sup>11</sup> verificaram, no município de Piracicaba, prevalência de ceod (dentes cariados + perdidos + obturados) > 3 em crianças de cinco a seis anos, o que denota a necessidade de atenção em saúde bucal a grupos de maior vulnerabilidade, indicando a necessidade de maior empenho na manutenção dos programas que já ocorrem no município.

## OBJETIVOS

o presente trabalho teve como finalidade avaliar a condição de saúde bucal das crianças da creche Maria Canalle Angelelli e os fatores associados à ocorrência de cárie para o desenvolvimento de um programa educativo preventivo.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal para verificação das condições de saúde bucal em pré-escolares da creche Maria Canalle Angelelli, localizada no bairro IAA, no município de Piracicaba/SP, e vinculada à Unidade de Saúde da Família do IAA1.

## População do estudo

Foram convidadas a participar do estudo 186 crianças, de quatro meses a seis anos de idade, matriculadas na creche. Os pais ou responsáveis pelas crianças receberam informações sobre o programa e o convite para a inclusão das crianças no estudo durante uma reunião de pais realizada na creche. Apenas as crianças cujos pais ou responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) participaram do estudo.

## Condições estudadas

As condições clínicas estudadas no exame bucal foram: experiência de cárie, medida pelo índice ceod; condição gengival, segundo os códigos e critérios da OMS<sup>7</sup>; e presença de placa<sup>2</sup>. Os exames bucais foram realizados em ambiente claro e arejado, com iluminação

natural e sem secagem prévia, com o uso de um espelho plano e sonda CPI<sup>29</sup>. A calibração prévia dos examinadores foi realizada antes dos exames clínicos.

Após a entrega do TCLE, foi aplicado um questionário aos pais ou responsáveis pelas crianças cujo objetivo era obtenção de dados dos hábitos alimentares e de higiene bucal, além de informações demográficas e socioeconômicas, compreendendo: 1) demográficas – idade, gênero e naturalidade; 2) socioeconômicas – renda familiar, escolaridade dos pais, responsável pelo sustento da família e ocupação deste, uso de saúde suplementar pela família, tipo de residência (própria ou alugada); 3) hábitos alimentares – principais refeições do dia (café da manhã, almoço, jantar e ceia) e alimentação durante os intervalos, bebida e sobremesa servidas nas principais refeições, uso de mamadeira noturna e tipos de bebida e adoçante utilizados, tipo de água consumida; 4) hábitos de higiene – idade em que iniciou escovação dentária, frequência e horários de escovação, quantidade de dentífrico utilizada, pessoa que realiza a escovação (criança ou cuidador), absenteísmo por dor de dente e visitas ao dentista, tipo de serviço odontológico utilizado (público, privado, suplementar).

## Análises estatísticas

Realizou-se análise estatística descritiva das condições estudadas, bem como o teste de correlação de Spearman, para verificar a correlação entre ceod e idade. Foi considerada como desfecho a presença de cárie (ceod > 0) e ausência (ceod = 0). Foram realizadas análises bivariadas para obtenção da razão de prevalência bruta e as que obtiveram  $p < 0,25$  foram incluídas no modelo múltiplo de Regressão de Poisson com variância robusta. Foi considerada significância de 5%.

Para as análises, a variável gênero foi avaliada como feminino e masculino; a idade foi dicotomizada na média, que foi três anos. A renda foi dividida em três grupos: até R\$ 500,00, de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00 e acima de R\$ 1.000,00. Para a escolaridade dos pais ou responsáveis, considerou-se a maior escolaridade da família, e foi classificada em: até o ensino fundamental e acima do ensino fundamental. Os hábitos de mamadeira noturna e ingestão de bebidas ácidas foram dicotomizados em sim e não.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp) (125/2008) conforme Resolução

196/96, de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e pelas autoridades envolvidas.

## RESULTADOS

Foram examinadas neste estudo 132 crianças (70,97%). A maior parte da amostra (52,3%) pertence ao gênero feminino. A média de idade foi 3,6 anos, variando de quatro meses a seis anos. Com relação à escolaridade dos pais ou responsáveis, 36,4% estudaram até o ensino fundamental, e a maioria estudou além do ensino fundamental. Sobre a renda familiar, a categoria mais prevalente foi entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00 (43%). Em relação aos hábitos, 83,5% das crianças ingeriam mamadeira noturna e 27,3% consumiam bebidas ácidas com frequência (Tabela 1).

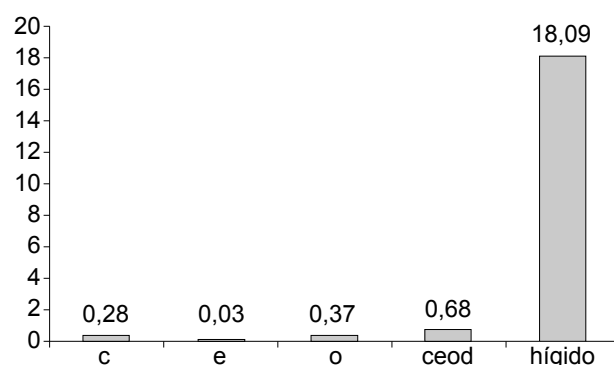
A experiência de cárie medida expressa pelo ceod obteve média de 0,68 ( $\pm 1,62$ ), sendo dentes cariados 0,28, extraídos por cárie 0,03, e obturados 0,37 (Gráfico 1). Da amostra, 81,7% apresentaram-se livres de cárie.

Houve correlação entre idade e ceod, sendo o coeficiente de Spearman = 0,32 com  $p = 0,002$ . Porém, nas análises de regressão, a idade não foi significativa. O gênero (RP 2,3,  $p = 0,02$ ), a escolaridade (RP 1,78,  $p = 0,05$ ) e renda (RP 1,17,  $p = 0,05$ ) foram associados à presença de cárie nos pré-escolares após ajustes das outras variáveis (Tabela 2). O gênero feminino esteve associado com a presença de cárie (2,27:1), assim como as crianças cujos pais tinham escolaridade até o ensino fundamental (1,78:1) e renda familiar até R\$ 500,00 (1,16:1) e de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00 (1,46:1).

## DISCUSSÃO

A maioria dos pré-escolares examinados estava livre de cárie (81,7%). Os fatores associados à doença cárie neste estudo foram gênero, renda e escolaridade dos pais ou responsáveis. Dentre os estudos realizados no município de Piracicaba e região, entre os anos de 2003 a 2009, o presente estudo foi o que encontrou maior prevalência de livres de cárie<sup>26,5,22,12,9,20,16</sup>. A verificação dos fatores associados à doença é relevante em estudos epidemiológicos, pois podem ser balizadores no planejamento das ações voltadas à promoção de saúde.

O aumento do ceod esteve positivamente relacionado à idade nas crianças, como foi encontrado em outros estudos que observaram igual correlação<sup>27,11,20,7,6</sup>. A idade mostrou-se um fator influente na prevalência de



**Gráfico 1** - Média ceod e seus componentes em crianças de quatro meses a seis anos da creche Maria Canalle Angelelli, Piracicaba, 2009.

| Tabela 1                                                                                            |                       |                             |    |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|----|------|
| Características demográficas, socioeconômicas e de hábitos alimentares da amostra, Piracicaba, 2009 |                       |                             |    |      |
|                                                                                                     |                       |                             | n  | %    |
| Demográficos                                                                                        | Idade                 | Até 3 anos                  | 50 | 37,9 |
|                                                                                                     |                       | 4 anos ou mais              | 82 | 62,1 |
|                                                                                                     | Gênero                | Feminino                    | 69 | 52,3 |
|                                                                                                     |                       | Masculino                   | 63 | 47,7 |
| Socioeconômico                                                                                      | Escolaridade dos pais | Acima do Ensino Fundamental | 84 | 63,6 |
|                                                                                                     |                       | Até o Ensino Fundamental    | 48 | 36,4 |
|                                                                                                     | Renda familiar*       | Até R\$ 500,00              | 20 | 21,5 |
|                                                                                                     |                       | De R\$ 500 a R\$ 1.000,00   | 40 | 43   |
| Hábitos alimentares                                                                                 | Mamadeira noturna*    | Mais de R\$ 1.000,00        | 33 | 35,5 |
|                                                                                                     |                       | Sim                         | 86 | 83,5 |
|                                                                                                     | Bebidas ácidas*       | Não                         | 17 | 16,5 |
|                                                                                                     |                       | Sim                         | 32 | 27,3 |
|                                                                                                     |                       | Não                         | 78 | 70,9 |

\*Os dados de renda familiar, mamadeira noturna e bebidas ácidas não totalizam 132 crianças devido à ausência de resposta a algumas questões.

**Tabela 2**

Razão de prevalência bruta e ajustada de Regressão de Poisson para crianças com experiência de cárie (ceod &gt; 0) e para crianças livres de cárie (ceod = 0) em relação às variáveis independentes, Piracicaba, 2009

| Variáveis independentes |                             | ceod > 0 |      | ceod = 0 |      | RP Bruta | IC95%         | p    | RP Ajustada | IC95%        | p     |
|-------------------------|-----------------------------|----------|------|----------|------|----------|---------------|------|-------------|--------------|-------|
|                         |                             | n        | %    | n        | %    |          |               |      |             |              |       |
| Gênero                  | Feminino                    | 28       | 40,6 | 41       | 59,4 | 0,275    | 0,839 - 2,157 | 0,02 | 2,27        | 0,217 - 0,89 | 0,023 |
|                         | Masculino                   | 19       | 30,2 | 44       | 69,8 | 1        |               |      | 1           |              |       |
| Idade                   | Até 3 anos                  | 45       | 90   | 5        | 10   | 0,306    | 0,131 - 0,731 | 0,01 |             |              |       |
|                         | Acima de 4 anos             | 53       | 64,3 | 29       | 35,7 | 1        |               |      |             |              |       |
| Renda (R\$)             | Até 500,00                  | 11       | 55   | 9        | 45   | 1,35     | 0,681 - 2,675 | 0,39 | 1,169       | 0,625 - 2,19 | 0,625 |
|                         | De 500 a 1.000,00           | 33       | 82,5 | 7        | 12,5 | 0,525    | 0,229 - 1,202 | 0,12 | 0,463       | 0,211 - 1,02 | 0,055 |
|                         | Mais de 1.000,00            | 22       | 66,7 | 11       | 33,3 | 1        |               |      | 1           |              |       |
| Escolaridade            | Até o Ensino Fundamental    | 16       | 33,3 | 32       | 66,7 | 1,107    | 0,68 - 1,804  | 0,68 | 1,78        | 0,979 - 3,23 | 0,059 |
|                         | Acima do Ensino Fundamental | 31       | 36,9 | 53       | 63,1 | 1        |               |      | 1           |              |       |
| Mamadeira noturna       | Sim                         | 62       | 65,5 | 24       | 34,5 | 1,398    | 0,736 - 2,658 | 0,31 |             |              |       |
|                         | Não                         | 12       | 70,6 | 5        | 20,9 | 1        |               |      |             |              |       |
| Bebidas ácidas          | Sim                         | 25       | 78,1 | 7        | 21,9 | 0,68     | 0,329 - 1,416 | 0,31 |             |              |       |
|                         | Não                         | 53       | 67,9 | 25       | 32,1 | 1        |               |      |             |              |       |

cárie dentária em crianças de até cinco anos de idade<sup>7</sup>. Rigo *et al.*<sup>25</sup> relataram que as crianças mais velhas tendem a apresentar maior frequência de cárie nos dentes decíduos, já que estão há mais tempo na boca e, consequentemente, mais expostos aos fatores de risco da referida doença.

Neste estudo, o gênero feminino foi identificado como um dos fatores associado à cárie. Em concordância, Almeida *et al.*<sup>3</sup> observaram que o gênero feminino obteve maior porcentagem de necessidade de tratamento para a cárie aos cinco anos de idade. Porém, Cypriano *et al.*<sup>11</sup> e Rigo *et al.*<sup>25</sup> relataram que o sexo masculino apresentou maior prevalência de cárie.

Muitos estudos relatam haver associação entre a renda familiar e a doença cárie nos pré-escolares<sup>27,11,16,9,24,7</sup>, indicando que pré-escolares que apresentaram renda familiar mais baixa apresentam maior probabilidade de ter experiência de cárie. Esse fato também foi observado no presente estudo, em que as crianças cujas famílias tinham menor renda apresentaram maior prevalência de cárie. Ademais, Carvalho *et al.*<sup>8</sup> concluíram que a presença de cárie não tratada é duas vezes mais frequente em crianças que apresentam baixo nível socioeconômico.

Os autores citados ainda ressaltam que a doença cárie pode causar dor, afetar a estética e interferir nas atividades diárias das crianças<sup>8</sup>. Isso indica que o impacto das doenças bucais na qualidade de vida em crianças escolares e pré-escolares tem se tornado cada vez mais objeto de estudo. Há de se considerar,

entretanto, as dificuldades de desenvolvimento e adaptação de questionários que mensurem esse tipo de impacto de acordo com o desenvolvimento cognitivo em cada faixa etária.

Outro achado importante no presente trabalho foi a associação da baixa escolaridade dos pais ou responsáveis com a prevalência de cárie observada nos pré-escolares. Assim, crianças cujos pais tinham estudado até o ensino fundamental apresentaram associação com a prevalência da doença cárie, corroborando com dados encontrados em outros estudos<sup>13,1,21</sup>. Estes apontam que as mães desempenham importante papel na educação das crianças, principalmente em relação à incorporação de hábitos, e por isso devem ser envolvidas em programas educativos e preventivos de saúde bucal.

Wyne *et al.*<sup>30</sup> observaram que a associação da cárie com a escolaridade dos pais pode ocorrer devido à falta de conhecimento dos responsáveis sobre o assunto, relatando que estes ofereciam alimentos doces aos seus filhos e com grande frequência durante o dia. Desse modo, a baixa escolaridade materna pode aumentar a probabilidade de a criança não consumir alimentos de boa qualidade<sup>23</sup>, além do não reconhecimento da importância da dentição decídua e hábitos saudáveis de saúde bucal<sup>24</sup>.

No presente estudo, os pais relataram que 83,5% das crianças ingeriam rotineiramente a mamadeira noturna e houve pouco consumo de bebidas ácidas (27,3%) entre os pré-escolares. Contudo, embora essas variáveis

não tenham apresentado associação com a presença de cárie, os hábitos alimentares merecem atenção nas estratégias de prevenção da cárie, uma vez que uma dieta rica em sacarose altera a composição do biofilme<sup>14</sup> e, quando associada a outros fatores, como higiene deficiente, predispõe ao desenvolvimento da cárie.

A infância é uma fase do ciclo vital em que se encontram condições ideais para aquisição e mudanças de hábitos alimentares e estilos de vida, os quais, por sua vez, poderão repercutir no futuro em escolhas mais saudáveis<sup>23</sup>. Segundo Gaiarsa<sup>15</sup>, a etapa vivida entre o nascimento e os seis anos de idade consiste na fase de maior capacidade de aprendizado do ser humano. O autor constatou, por meio de investigações científicas, que nesse período o cérebro humano passa pela maior parte de seu desenvolvimento.

Dessa maneira, deve-se propor o desenvolvimento de programas preventivos e educativos voltados para crianças, buscando enfatizar a relevância na educação em saúde estimulada na fase pré-escolar.

Sobre os dados encontrados a respeito da influência de fatores socioeconômicos na experiência de cárie, é de fundamental importância o envolvimento dos pais nas atividades educativas dentro de um programa implementado em uma creche. Conforme relatado em alguns estudos<sup>17,28</sup>, há necessidade do desenvolvimento de programas educativos voltados para os pais, além

daqueles já direcionados às crianças, tendo em vista que a cárie dentária é passível de controle desde que haja também atenção voltada para os fatores causadores e moduladores da doença, com a motivação constante dos pais para a obtenção de uma maior eficácia na proposta de tratamento.

Uma das limitações deste trabalho se dá pelo delineamento transversal. As crianças foram examinadas em um único momento, não havendo possibilidade de uma inferência causal na identificação dos fatores de risco associados à presença de cárie. É necessário, portanto, o acompanhamento dos sujeitos da pesquisa em estudos longitudinais, a fim de verificar a incidência e os riscos associados à doença.

## CONCLUSÃO

A presença da cárie dentária foi associada a fatores como a renda familiar e a escolaridade dos responsáveis, além dos etiológicos já conhecidos no presente estudo. Além do gênero, variáveis socioeconômicas devem ser levadas em consideração nas estratégias de promoção de saúde bucal dos pré-escolares, visto que a cárie na dentição decídua é considerada o mais forte preditor dessa doença na dentição permanente. Estratégias específicas no combate à doença e diminuição das desigualdades em saúde bucal devem ser desenvolvidas para este grupo.

## ABSTRACT

### Factors associated with oral health of preschool children in educative-preventive program in Piracicaba/SP

*Objective: To determine which factors are associated with the occurrence of caries in preschool children. Methods: We examined 132 children from four months to six years in relation to caries experience (dmft), according WHO. Parents, at the time of authorization, completed a questionnaire to obtainment of demographic and socioeconomic data and of habits. Statistical analysis was considered as outcome caries (dmft > 0) and absence (dmft = 0). Besides the descriptive analysis, we used Poisson regression, crude and the adjusted, and included in the model variables with  $p < 0.25$ , adopting a  $p < 0.05\%$  significance. Results: The mean dmft was 0.62 ( $\pm 1.62$ ), with 81.7% caries-free. The gender – female – (PR 2.3,  $p = 0.02$ ), schooling (PR 1.78,  $p = 0.05$ ) and income (PR 1.17,  $p = 0.05$ ) were associated with presence of dental caries in these preschool children, regardless of age. Conclusion: This study found that, beyond gender, socioeconomic factors were associated with caries experience in preschool children. Since dental caries in deciduous teeth is the strongest predictor of this disease in the permanent dentition, investments in oral health promotion in this age group is crucial, considering the risk factors associated with this condition.*

## DESCRIPTORS

*Epidemiology. Dental caries. Child, Preschool. Oral health. Prevalence.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adeniji AA, Ogunbodede OE, Jeboda OS, Folayan MO. Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children? *Int J of Paediatr Dent* 2009;19(6):448-54.
2. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975;25(4):229-35.
3. Almeida TF, Cangussu MCT, Chaves SCL, Silva DIC, Santos CS. Condições de saúde bucal de crianças na faixa etária pré-escolar, residentes em áreas de abrangência do Programa de Saúde da Família em Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2009;9(3):247-52.
4. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* 2010;44(2):360-5.
5. Aquilante AG, Almeida BS, Martins de Castro RF, Xavier CRG, Sales Peres SHC, Bastos JRM. The importance of dental health education for preschoolchildren. *Rev Odontol UNESP* 2003;32(1):39-45.
6. Bramlett MD, Soobader MJ, Fisher-Owens SA, Weintraub JA, Gansky SA, Ptatt LJ, et al. Assessing a multilevel model of young children's oral health with national survey data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(4):287-98.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 – 2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 68p.
8. Carvalho DM, Salazar M, De Oliveira BH, Coutinho ESF. O uso de vernizes fluoretados e a redução da incidência de cárie dentária em pré-escolares: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):139-49.
9. Cortellazzi KL, Tagliaferro EPS, Assaf AV, Tafner APMF, Ambrosano GMB, Bittar TO, et al. Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12(3):490-500.
10. Couto GBL, Vasconcelos MMVB, Melo MMC, 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 na Cidade de Camaragibe – PE. *Odontol Clín-Cient* 2005;4(1):19-27.
11. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares em Piracicaba, Brasil, 1999. *Rev Saude Publica* 2003;37(2):247-53.
12. Cypriano S, Pecharki GD, Sousa ML, Wada RS. A saúde bucal de escolares residentes em locais com ou sem fluoretação nas águas de abastecimento público na região de Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003;19(4):1063-71.
13. Fadel CB, Saliba NA. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno infantil. *RGO* 2009;57(3):303-9.
14. Figueiredo MC, Rosito DB, Michael JA. Seven-year follow-up of an educative, preventive and restorative dental program of the baby clinic. *JBP* 1998;1(2):33-40.
15. Gaiarsa JA. Educação familiar e escolar para o terceiro milênio. São Paulo: Editora Ágora; 2008.
16. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saude Publica* 2004;20(3):866-70.
17. Guimarães MS, Zuanon ACC, Spolodório DMP, Bernardo WLC, Campos JADB. Atividade de cárie na primeira infância fatalidade ou transmissibilidade? *Cienc Odontol Bras* 2004;7(4):45-51.
18. Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Escolas promotoras de saúde: uma oportunidade para a promoção da saúde bucal. *Bulletin of World Health Organization/September* 2005;83(9):677-85.
19. Martins CC, Torres CS, Fúccio F, Martins LHPM, Auad SM, Paiva SM. Continuity of dental care program in pediatric dentistry: evaluation of the recall visits interval. *Arq odontol* 2000;36(1/2):5-13.
20. Martins RJ, Garbin CA, Garbin AJ, Moimaz SA, Saliba O. Declining caries rate in a municipality in northwestern São Paulo State, Brazil, 1998-2004. *Cad Saude Publica* 2006;22(5):1035-41.
21. Mattila ML, Rautava P, Sillanpää M, Paunio P. Caries in five-year-old children and associations with family-related factors. *J Dent Res* 2000;79(3):875-81.
22. Mello TR, Antunes JL. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004;20(3):829-35.
23. Molina MC, López PM, Faria CP, Cade NV, Zambonade E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Rev Saude Publica* 2010;44(5):785-92.
24. Nadanovsky P, Tomita NE, Vieira AL, Lopes ES. Taste preference for sweets and caries prevalence in preschoolchildren. *Rev Saude Publica* 1999;33(6):542-6.
25. Rigo L, Souza EA, Caldas Junior AF. Experiência de cárie dentária na primeira dentição em município com fluoretação das águas. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2009;9(4):435-42.
26. Rihs LB, Sousa MLR, Cypriano S, Abdalla NM, Guidini DDN, Amgarten C. Atividade de cárie na dentição decídua, Indaiatuba, São Paulo, Brasil, 2004. *Cad Saude Publica* 2007;23(3):593-600.
27. Tomita NE, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saude Publica* 1996;30(5):413-20.
28. Tomita NE, Nadanovsky P, Vieira ALF, Lopes ES. Preferências por alimentos doces e cárie dentária em pré-escolares. *Rev Saude Publica* 1999;33(6):542-6.
29. World Health Organization. Oral health surveys, basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
30. Wyne AH, Adenubi JO, Shalan T, Khan N. Alimentary and socioeconomic characteristics of children that developed caries in a Saudian population. *Pediatr Dent* 1995;17-27.

Recebido em: 28/2/11

Aceito em: 28/5/11