

# PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES DE 05 E 06 ANOS DE IDADE ATENDIDOS PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA CIDADE DE PORTE POPULACIONAL MÉDIO DE MINAS GERAIS - BRASIL

Prevalence of dental caries in 5-6-year-old schoolchildren assisted by the family health program in a medium-sized city of Minas Gerais - Brazil

Kleber Kasakevicius Marin<sup>1</sup>, Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>2</sup>

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a prevalência de cárie dentária em escolares da rede pública municipal de ensino, na faixa etária de 05 e 06 anos de idade, atendidos pelo Programa Saúde da Família no município de Ubá - MG. Os dados secundários foram obtidos a partir de 337 prontuários clínicos de escolares que foram examinados pelos cirurgiões-dentistas de cada uma das cinco equipes de saúde bucal implantadas no município. O índice ceo-d médio encontrado entre as equipes foi de 1,68, enquanto que o percentual médio de escolares livres de cárie foi de 52,5%. Com relação aos valores do índice ceo-d, houve prevalência do componente cariado, porém não foi um achado uniforme, pois duas das cinco equipes apresentaram o componente obturado como prevalente. A prevalência de cárie com relação ao sexo não apresentou diferença significativa ( $p = 0,54$ ), sendo que o sexo feminino apresentou um percentual de 49,3% e o sexo masculino de 45,9%. Conclui-se que a prevalência de cárie foi baixa. Contudo, o percentual de escolares livres de cárie também foi baixo. Neste sentido, propõe-se a realização de planejamento de uma política pública em saúde bucal que vise a integração entre escolares, famílias e a equipe de saúde bucal tendo como pressuposto a resolutividade e a qualidade nas práticas de saúde bucal, incluindo ações de natureza assistencial e de promoção de saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Cárie Dentária/epidemiologia; Pré-escolar; Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

This study aimed to assess the prevalence of dental caries in 5-6-year-old schoolchildren of the municipal public education network, assisted by the Family Health Program, in the city of Ubá - MG. The sample consisted of 337 clinical records of those schoolchildren who were examined by dentists from each one of the five oral health teams established by the municipality. The average dmft index found was 1.68, while the average percentage of schoolchildren free of caries was 52.5%. With regard to the values of the dmft index, there was a prevalence of the carious component, although it was not a uniform finding, since two of the five teams had a prevalence of the filled component. The prevalence of caries regarding the gender did not show predominance of any of the sexes ( $p = 0.54$ ), since females had an average of 49.3%, while males had an average of 45.9%. Although the prevalence of caries was low, the percentage of caries-free schoolchildren was also low. We thus propose the development of an oral health public policy aimed to integrate schoolchildren, families and dental health teams, and include resolute and quality dental care and promotive practices.

**KEY WORDS:** Dental Caries/epidemiology; Preschool; Family Health Program.

<sup>1</sup> Kleber Kasakevicius Marin, Cirurgião Dentista, especialista em Saúde da Família, NATES - UFJF. E-mail: kkmsbc@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Isabel Cristina Gonçalves Leite, Doutora em Saúde Pública, professora adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

## INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira, a partir da constituição de 1988, aponta o município como sendo o local essencial para o desenvolvimento de ações básicas de saúde para uma consequente melhora nos níveis de saúde da população nele residente. As ações de saúde passam a ser centradas nas necessidades de cada município, sendo assim respeitadas suas particularidades e também dando ao município um grande poder de decisão sobre os rumos das políticas de saúde implementadas no nível local.

Neste contexto, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família que tem como objetivo reorganizar a atenção básica que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção de saúde.

No decorrer dos anos, a melhoria nos níveis de saúde das famílias cobertas por esta estratégia era notória e, no sentido de se ter integralidade no atendimento a estas famílias, no ano de 2000, por meio da Portaria nº1444 de 28/12/2000, foi criado o incentivo financeiro à saúde bucal, sendo, assim, criadas as equipes de saúde bucal.<sup>1</sup>

As ações de saúde bucal promovidas por estas equipes integram uma série de atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida de uma determinada comunidade. Para tanto, é necessário conhecer a realidade na qual esta equipe está inserida, buscando definir quais os principais problemas de saúde que afetam esta população. Desta forma, após a determinação dos principais problemas de saúde bucal, o cirurgião-dentista deve agir sobre eles como também deve intervir sobre seus fatores determinantes.

Neste sentido, o exame da cavidade bucal das crianças deve ser uma atividade de rotina. Assim, médicos, enfermeiros ou outros profissionais, ao observarem a presença de lesões nos dentes ou tecidos moles bucais, durante os exames, podem fazer o encaminhamento formal para o serviço odontológico.<sup>1</sup>

Com relação à faixa etária definida para este levantamento, a mesma foi escolhida por ser o período ideal para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e para a participação em programas educativo/preventivos de saúde bucal, sendo que a educação deve, prioritariamente, ser trabalhada em conjunto com a família e/ou com os responsáveis pelo cuidado da criança e no ambiente das creches e pré-escola, pois a atenção em saúde bucal nessa faixa etária está muito ligada a atividades direcionadas para grupos que estão em contato com a criança.<sup>1-2</sup>

Reconhecer a importância da participação da família e da comunidade nas ações de promoção e prevenção em saúde bucal é fundamental, como também é importante conhecer a realidade da doença cárie na população. Para isto, deve-se lançar mão de recursos de epidemiologia, através de inquéritos ou levantamentos epidemiológicos, que levarão à determinação do nível de saúde bucal da população.

Visando conhecer o nível de saúde bucal de escolares do município de Ubá e considerando o exposto, este estudo tem o propósito, através da realização de um levantamento epidemiológico, de determinar a prevalência de cárie dentária em escolares de 05 e 06 anos, assistidos pelas equipes de saúde bucal do município de Ubá - MG. A escolha desta faixa etária foi motivada por ser uma das faixas índice para levantamentos epidemiológicos determinadas pela OMS - Organização Mundial da Saúde.

A cidade de Ubá está localizada na Zona da Mata de Minas Gerais, a leste do Estado e tem uma população estimada de 99.708 habitantes. O município possui cinco equipes de saúde bucal inseridas no Programa Saúde da Família desde o ano de 2001. O município conta com água fluoretada desde o ano de 1976. A cidade tem como economia básica a indústria moveleira e a agricultura, estando distante de Belo Horizonte, capital do Estado, 274 quilômetros. O atendimento em odontopediatria é realizado pelos cirurgiões dentistas das equipes de saúde bucal e também em uma Policlínica Odontológica, localizada no centro da cidade, porém não existe uma política municipal para o atendimento odontopediátrico.

## MÉTODOS E CASUÍSTICA

A amostra foi constituída de 337 prontuários clínicos de escolares de cinco escolas da rede pública de ensino do município de Ubá onde estão situados os consultórios das cinco equipes de saúde bucal atuantes, neste município, no primeiro semestre do ano de 2007. Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação de Ubá, estavam matriculados, na faixa etária de 05 e 06 anos, na rede pública municipal de ensino, no primeiro semestre do ano de 2007, 2028 alunos. Destes, somente 586 recebiam assistência de equipes de saúde bucal, o que corresponde a 28,8%. Foram examinados os prontuários clínicos de 337 alunos, que correspondem a 57,5% dos escolares cobertos por equipes de saúde bucal. Para participação no estudo, havia necessidade de assinatura da autorização para atendimento clínico por parte dos responsáveis pelos menores, portanto, somente puderam ser utilizados 57,5% dos prontuários, porque somente este montante tinha autorização para tratamento

odontológico assinado pelo responsável pela criança. A utilização desta base de dados foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Juiz de Fora - MG (Parecer n°. 399/2008).

Os prontuários clínicos que compuseram a amostra foram preenchidos pelos profissionais que atuam em cada uma das escolas pesquisadas. Os exames foram realizados nos respectivos consultórios odontológicos sob luz artificial, utilizando sonda exploradora e espelho clínico, além de utilizarem o aparato completo de biossegurança. Não foram realizados exames radiográficos para determinar a presença ou não de cárie dentária. Por se tratar de um levantamento epidemiológico, o estudo está sujeito a conter vieses de diagnóstico e, conseqüentemente, de informação, que poderiam ser controlados através de um treinamento prévio ao estudo. Neste sentido, foram feitos treinamentos com os examinadores, bem como padronização dos métodos de registro dos dados.

O índice utilizado para determinar a história atual e passada de cárie foi o índice ceo-d, que consiste na soma dos dentes cariados e com extração indicada (história atual) e obturados e perdidos por cárie (história passada). Os dentes que, independente do motivo, não se encontravam nas arcadas durante os exames foram considerados ausentes.<sup>3</sup>

A partir da coleta dos dados encontrados nos prontuários clínicos, foi criado um banco de dados, no qual, ao final do levantamento, poderá se obter o índice ceo-d e a prevalência de cárie nos escolares do município e das respectivas escolas.

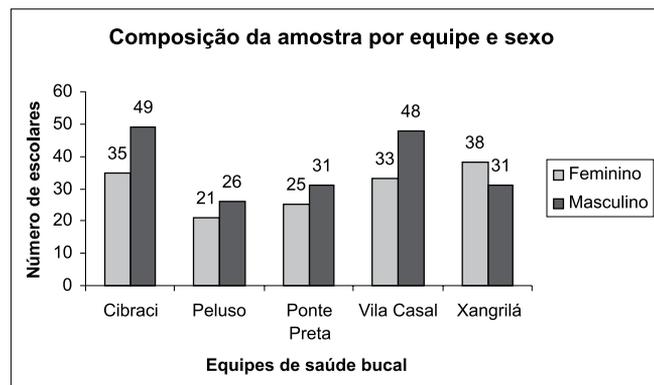
Após a totalização dos dados, os mesmos serão descritos como foram determinados nos objetivos e para uma melhor demonstração dos dados obtidos serão construídas tabelas e gráficos que auxiliarão também na fase de discussão do trabalho. Comparações entre proporções serão analisadas pelo teste qui quadrado, com nível de significância de 5%. Para estas análises, foi utilizado o software Epi Info versão 6.04, que é um programa de domínio público, que inclui banco de dados e estatísticas para a saúde pública e o software Microsoft Office Excel 2003, que é um programa de domínio privado, no qual podem ser elaboradas planilhas para construção de tabelas e gráficos.

## RESULTADOS

Os resultados obtidos podem ser analisados nas figuras e tabelas que se seguem.

O número total de escolares que compõe a amostra é de 337, sendo 185 do sexo masculino e 152 do sexo feminino. A figura 1 indica a casuística por sexo e Equipes de Saúde Bucal no PSF do município de Ubá.

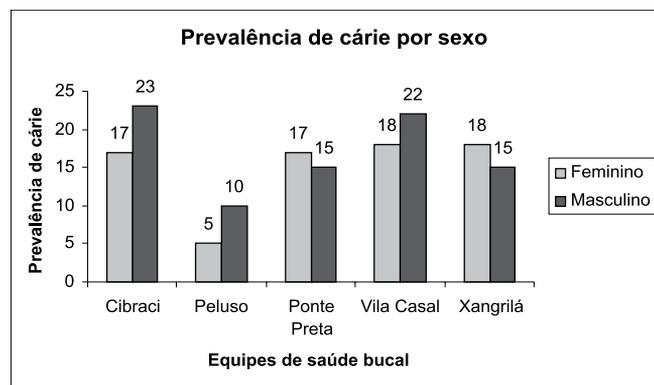
**Figura 1** - Distribuição do número de escolares por sexo e equipe que compõe a amostra.



Fonte: Dados da Pesquisa

Como visto na figura 2, a prevalência de cárie (identificada pela variável presença de cárie sim/não) com relação ao sexo não foi detectada diferença estatisticamente significativa, bem como com relação às equipes ( $p = 0,54$  e  $p = 0,15$ , respectivamente). Neste levantamento, 75 escolares do sexo feminino apresentavam pelo menos um dente cariado, o que representa 49,3% das escolares analisadas. Com relação ao sexo masculino, 85 escolares tinham ao menos um dente cariado, o que representava 45,9% dos escolares estudados.

**Figura 2** - Distribuição da presença de cárie dentária por sexo e por equipe (valores absolutos).



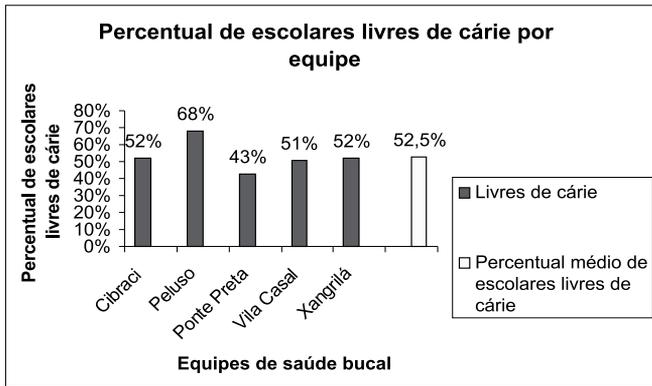
Fonte: Dados da Pesquisa

A figura 3 apresenta os dados referentes aos percentuais de escolares livres de cárie e a média entre as equipes. Os números encontrados demonstram que somente uma das equipes analisadas não apresentou 50% de escolares livres de cárie.

De acordo com os dados expressos na tabela 1, observa-se que 52,2% dos prontuários analisados exibiam um índice ceo-d igual a zero e 85,2% tem um ceo-d igual ou menor

a quatro. Apenas 13,6% exibiam um ceo-d entre cinco e nove e 1,2% igual ou superior a dez.

**Figura 3** - Distribuição percentual de escolares livres de cárie dentária por equipe e a média geral da população de 05 e 06 anos coberta por equipes de saúde bucal no PSF de Ubá.



Fonte: Dados da Pesquisa

**Tabela 1** - Distribuição por número e porcentagem de escolares segundo os valores do índice ceo-d.

Índice ceo-d	Nº de escolares	Percentual	Percentual acumulado
0	177	52,2	52,2
1	41	12,1	64,3
2	32	9,5	73,8
3	19	5,7	79,5
4	19	5,7	85,2
5	14	4,1	89,3
6	12	3,5	92,8
7	9	2,6	95,4
8	7	2,1	97,5
9	4	1,3	98,8
10	1	0,4	99,2
11	1	0,4	99,6
12	1	0,4	100,0
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

A tabela 2 exibe os valores dos componentes do índice ceo-d encontrados neste levantamento, sendo que os valores do índice ceo-d e a média entre elas encontram-se na figura 4. Pode-se notar que os valores dos índices ceo-d encontrados nas populações das cinco equipes de saúde bucal é similar.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são relevantes para o planejamento em saúde bucal na sua integralidade, ou seja, atenção

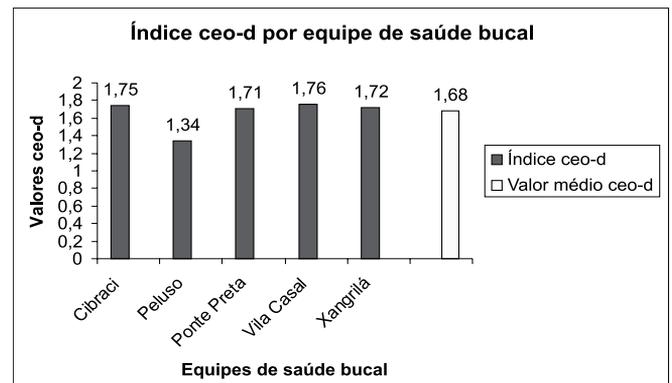
curativa e preventiva, responsabilização das famílias e da reorientação das atividades das equipes atuantes no município, pois os valores encontrados, nas áreas cobertas pelas equipes estudadas, estão bem distantes da meta da OMS para o ano de 2010 que é de se ter 90% de crianças de cinco anos livres de cárie. Este fato é destacado na literatura<sup>6</sup> como o grande desafio epidemiológico a ser enfrentado por autoridades públicas e privadas com responsabilidades em saúde bucal: o cumprimento das metas do OMS para o ano de 2010 com relação à faixa etária de cinco anos.

**Tabela 2** - Distribuição dos valores dos componentes do índice ceo-d, população de 5 e 6 anos coberta por equipes de saúde bucal no PSF de Ubá, 2007.

Equipe	Escolares	Hígidos	Ausentes	Cariados	Perdidos	Obturados
Cibraci	84	1261	272	77	14	56
Peluso	47	775	102	2	3	58
Ponte Preta	56	834	190	38	4	54
Vila Casal	81	1204	273	101	13	29
Xangrilá	69	1002	259	58	12	49
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>5076</b>	<b>1096</b>	<b>276</b>	<b>46</b>	<b>246</b>

Fonte: Dados da Pesquisa

**Figura 4** - Distribuição dos valores médios dos índices ceo-d por equipe e a média entre as equipes de saúde bucal estudadas, município de Ubá, 2007.



Fonte: Dados da Pesquisa

O índice ceo-d médio encontrado, de escolares de 05 e 06 anos que tem cobertura de equipes de saúde bucal foi de 1,68 que ficou abaixo dos valores encontrados na literatura.<sup>7-15</sup> O mesmo resultado pode ser encontrado com relação ao percentual dos escolares livres de cárie (Figura 3), que ficou acima dos encontrados em outras pesquisas.<sup>7-15</sup> Estes resultados demonstram que deve ser realizado um inquérito mais abrangente para uma determinação mais exata sobre a situação da saúde bucal dos escolares do município de Ubá, pois neste estudo foram avaliadas so-

mente as regiões em que há cobertura das equipes de saúde bucal, não sendo avaliadas, portanto, as áreas não cobertas pelas equipes de saúde bucal e a zona rural do município. Por outro lado, exibe condições de saúde bucal bastante favoráveis e próximas da de outros municípios brasileiros nas áreas de cobertura do PSF.

Os dados referentes à prevalência de cárie por sexo, apresentados na figura 2, demonstram uma maior frequência relativa ( $p=0,54$ ) de presença de cárie em escolares do sexo feminino, porém o maior número de escolares afetados ocorreu no sexo masculino. Em outro estudo<sup>15</sup>, foram encontrados percentuais maiores, no sexo masculino, tanto em relação à frequência relativa quanto o número total de escolares avaliados.

Quanto aos valores do índice ceo-d apresentados na tabela 2, houve prevalência do componente cariado, o que também é encontrado em outros trabalhos.<sup>6-9,15-16</sup> Este achado não foi uniforme, já que, em duas equipes, a maior frequência foi do componente obturado, possivelmente devido ao fato da concentração no atendimento clínico e também por serem as duas menores escolas com relação ao número de alunos matriculados, portanto uma demanda clínica provavelmente mais exequível em menor tempo útil.

Na tabela 1, pode ser vista a distribuição por número e porcentagem de escolares segundo o índice ceo-d. Nela pode-se notar que 14,8% dos escolares apresentam um índice ceo-d entre cinco e doze, que pode ser denominado de fenômeno de polarização, ou seja, uma pequena parte da população concentra a maior parte da doença e necessidades de tratamento. Em geral, são grupos minoritários, socialmente desprotegidos que, por suscetibilidade ou maior exposição ao risco, são mais vulneráveis.<sup>17</sup>

As equipes de saúde bucal do município de Ubá se encontram em escolas da rede pública de ensino municipal, estando assim instaladas fora das unidades básicas de saúde da família, o que causa grande prejuízo com relação à interdisciplinaridade da equipe e da interação com as famílias, pois as crianças são atendidas em horário de aula, longe da presença dos pais, o que vai de encontro a um outro estudo<sup>18</sup> no qual foi observada a necessidade de avaliar o ambiente onde residem as crianças, já que um efetivo programa de promoção de saúde conta com a ajuda dos pais para dar continuidade ao trabalho iniciado em diferentes locais, sejam em escolas ou no ambiente odontológico.

Ainda atrelado à interdisciplinaridade, outros pesquisadores<sup>19</sup> relataram que, conceitualmente, a saúde bucal constitui um campo de saberes e responsabilidades confluentes a várias profissões ou especialidades. Assim, diversos temas devem fazer parte da rotina de trabalho de todos os membros da

equipe, o que difere da postura habitual, em que os temas e os problemas relacionados aos dentes são considerados como núcleo de competência do cirurgião-dentista.

A promoção de saúde bucal pode e deve se realizar para além dos limites do consultório odontológico. Isso possibilita que os preceitos da filosofia de promoção de saúde sejam realmente aplicados. Essa conceituação implicou mudanças no sujeito do trabalho odontológico - o cirurgião-dentista, trabalhando isoladamente - cede lugar à equipe de saúde bucal, que deve, por sua vez, estar inserida em uma equipe multidisciplinar para que a integralidade da saúde do ser humano seja respeitada.<sup>20</sup>

No que diz respeito às famílias, é importante que as crianças sejam orientadas por seus pais quanto ao hábito de higienização e quanto à alimentação, para que haja continuidade em casa do trabalho desenvolvido nas escolas, sendo que as orientações a serem seguidas necessitam de maior reforço para serem cumpridas, uma vez que envolvem mudanças de hábitos, além de serem necessárias para uma melhoria da qualidade de vida de seus filhos.<sup>18,21</sup>

A literatura apresenta estudos<sup>20,21</sup> que destacam a importância dos educadores em saúde bucal nas escolas, ambiente no qual se podem criar condições para o envolvimento tanto da comunidade como das associações de pais para um melhor conhecimento do processo saúde-doença. Assim, as pessoas passariam de meros consumidores de ações curativas para atuarem na promoção de saúde. Um grupo de pesquisadores<sup>20</sup> destacou a saúde escolar como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, que visa promover e recuperar a saúde de crianças em idade escolar. A saúde na escola é parte maleável e moldável na formação de um ser, que, a partir de sua vivência prática, vai formando conceitos, recebendo cultura, incorporando modos individuais e intransferíveis no dever, sentir e agir.

A educação para a saúde dos escolares no município de Ubá ocorre de forma concentrada e sem a participação das famílias. A educação é concentrada, pois ocorre somente na escola onde está localizado o consultório odontológico e em mais uma escola na área de abrangência, pois cada equipe de saúde bucal atende a duas equipes de Saúde da Família e o atendimento clínico é realizado em horário escolar e longe das famílias, ferindo assim o princípio da universalidade, pois somente as crianças que estão matriculadas em escolas recebem ações de caráter preventivo e curativo. Esta forma de programação contrasta com outro estudo<sup>22</sup>, que destacou ser importante o envolvimento familiar com as escolas, onde pais e mestres podem participar de oficinas no ambiente escolar sendo capacitados, com o auxílio de

recursos audiovisuais e ações coletivas com evidenciação de placa e escovação supervisionada, a serem multiplicadores de promoção em saúde bucal.

## CONCLUSÃO

Com base nos resultados encontrados, foi observada uma baixa prevalência de cárie dentária nos escolares examinados e um índice ceo-d bastante semelhante entre as equipes de saúde bucal implantadas no município de Ubá - MG.

De acordo com a pesquisa, o percentual médio de escolares livres de cárie foi de 52,2%, sendo que este percentual está muito longe da meta da OMS para o ano de 2010 que é de se ter 90% de crianças livres de cárie.

Diante dessa situação, propõe-se que seja realizado um planejamento de forma que se faça uma integração entre escolares, famílias e a equipe de saúde bucal, tendo como pressuposto a resolutividade e qualidade nas práticas de saúde bucal, incluindo ações de natureza assistencial e de promoção de saúde.

Pode-se ainda propor a realização de um inquérito epidemiológico mais abrangente, com o intuito de se conhecer as principais doenças bucais nos grupos etários da população ainda não avaliados, para que sejam direcionadas ações e estratégias para melhorar as condições de saúde bucal dos municípios de Ubá-MG.

Sugere-se, por fim, que o número de Equipes de saúde bucal seja ampliado, pois a Cidade de Ubá conta com dezesseis Equipes de Saúde da Família e somente cinco Equipes de Saúde Bucal. Esta medida poderia ampliar, também, o número de escolares e pré-escolares cobertos pelos programas de prevenção e promoção de saúde desenvolvidos pelas Equipes de Saúde Bucal.

## REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica - Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 91p.
2. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em saúde bucal. Belo Horizonte: SES/MG; 2006. 290p.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Levantamentos básicos em saúde bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos; 1999. 66p.
4. Center Disease Control and Prevention (CDC). Epi Info versão 6.0, Geórgia, EUA; 1990.

5. Microsoft Corporation. Microsoft Office Excel 2003, EUA, 2003.1 CD-ROM.
6. Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, 1970-1996. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):196-200.
7. Freire MCM, Pereira MF, Batista SMO, Borges MRS, Barbosa MI, Rosa AGF. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994. Rev Saúde Pública. 1997; 31(1):44-52.
8. Patiño JSR. Prevalência de cárie dentária e fluorose dentária em escolares de 5 a 12 anos, matriculados em escolas públicas e privadas do município de Camboriú, SC, 2000 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
9. Traebert JL, Peres MA, Galesso ER, Zabot NE, Marcenes W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. Rev Saúde Pública. 2001; 35(3):1-10.
10. Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Epidemiologia e iniquidade em saúde bucal aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itatiba, 2000. Rev Fac Odontol Bauru. 2001; 9(1/2):77-85.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB 2003: condições de saúde da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 52p.
12. Rihs LB, Sousa MLR, Cypriano S, Abdalla NM, Guidini DDN, Amgarten C. Prevalência de cárie e fluorose dentária em pré-escolares de cinco e seis anos, Leme - SP, 1998. Rev Fac Odontol Passo Fundo. 2003; 8(2):34-9.
13. Batista SPR, Souza MRL. Saúde bucal entre pré-escolares e escolares no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro/Brasil. Rev Fac Odontol Passo Fundo. 2005; 10(2):10-5.
14. 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.
15. Amaral RC, Hoffmann RHS, Cypriano S, Sousa MLR, Silva AAZ. Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares e pré-escolares de Rafard/SP-Brasil. Ciênc Odontol Bras. 2006; 9:87-93.

16. Silva JS, Silva FDSCM, Forte FDS, Sampaio FC. Prevalência de cárie e indicadores de risco em crianças de 02 a 06 anos na clínica de Odontologia Preventiva - UFPB. *Rev Odonto Ciênc.* 2006; 21(51):17-21.
17. Weyne SC. A construção do paradigma de promoção de saúde - um desafio para as novas gerações. In: Krieger L, organizador. *ABOPREV - Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde.* São Paulo: Santos/Aboprev; 1997. p.3-26.
18. Leite FRM, Freire-Maia FB, Pordeus IA, Paiva SM. Avaliação das condições bucais das crianças de cinco e seis anos em duas creches de Belo Horizonte. *Pesq Bras Odontopediat Clín Integr.* 2004; 4(3):205-10.
19. Lima CMG, Watanabe MGC, Palha PF. Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria.* 2006; 28(3):191-8.
20. Franchin V, Basting RT, Mussi AA, Flório FM. A importância do professor como agente multiplicador de saúde bucal. *Rev ABENO.* 2006; 6(2):102-8.
21. Vellozo RCADM. Avaliação do conhecimento em saúde bucal dos profissionais do ensino fundamental [dissertação]. Campinas: Fac Odontol Campinas; 2006.
22. Farias MAV, Moura ERF. Saúde bucal no contexto do programa da saúde da família do município de Iracema, no Ceará. *Rev Odontol UNESP.* 2003; 32(2):131-7.

---

Submissão: março de 2010

Aprovação: dezembro de 2010

---