



## Perfil epidemiológico de oclusopatias em crianças de 12 anos, da cidade de João Pessoa, Paraíba

Epidemiological profile of malocclusions in 12-year-old children from the city of João Pessoa, Brazil

Francisco Naldo Gomes Filho<sup>1</sup>, Rênnis Oliveira Silva<sup>2</sup>, Maria Letícia Barbosa Raymundo<sup>1</sup>, Larissa Suelen da Silva Lins<sup>2</sup>, Yuri Wanderley Cavalcanti<sup>3</sup>, Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida<sup>3</sup>.

- 1- Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–PB–Brasil.
- 2- Mestrando em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, João Pessoa-PB-Brasil.
- 3- Professor Doutor do curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa–PB–Brasil.

Leopoldina de Fátima Dantas de Almeida – Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Campus I, Cidade Universitária, João Pessoa, Paraíba – CEP: 58033-455. E-mail: leopoldinalmeida@hotmail.com.

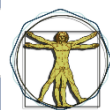
---

### Resumo

**Introdução:** As oclusopatias envolvem disfunções e desalinhamento dentário, que comprometem a manutenção da saúde oral e o bem-estar, atingindo principalmente a população infantil. **Objetivo:** Verificar a prevalência de má oclusão na população de 12 anos, de João Pessoa-PB. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, incluindo a faixa etária de 12 anos, em João Pessoa-PB. A coleta de dados foi realizada em escolas municipais e estaduais da cidade, constituída de exame clínico e questionário, abordando dados socioeconômicos, utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal, respondido pelos participantes. Os dados foram tabulados e analisados no *software* SPSS, por meio de análise descritiva e do teste Exato de Fisher ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A amostra foi composta por 51 crianças de 12 anos. 38 (74%) crianças afirmaram que necessitam de tratamento odontológico. A maioria (90%) já visitou o dentista, sendo 29 (57%) no serviço público e 27 (58%) há menos de um ano. O principal motivo (29%) para ir ao dentista foi buscar tratamento dentário curativo. 28 (55%) crianças apresentaram experiência de cárie (CPOD > 1; ceo-d > 1). Em relação ao trespasse horizontal ( $\geq 3$ mm), 28 (55%) o apresentavam, 3 (6%) apresentaram mordida topo a topo; e 4 (8%) mordida aberta. A relação oclusal de classe I foi verificada em 29 (57%), já 16 indivíduos (31%) apresentavam classe II, e 4 (8%) classe III. Não foi constatada associação significativa ( $p > 0,05$ ) entre variáveis de oclusopatias e de autopercepção da saúde bucal. **Conclusão:** Há alta prevalência de oclusopatias nas crianças de 12 anos em João Pessoa-PB, sendo o trespasse horizontal a mais frequente.

**Descritores:** Epidemiologia. Saúde Bucal. Má oclusão.

---



## Abstract

**Introduction:** Malocclusions involve dental dysfunctions and misalignment, which compromise the maintenance of oral health and well-being, affecting mainly the child population. **Objective:** To verify the prevalence of malocclusion in the population of 12 years, from João Pessoa-PB. **Methodology:** A cross-sectional study was carried out, including the age group of 12 years, in João Pessoa-PB. Data collection was carried out in municipal and state schools in the city, consisting of a clinical examination and questionnaire, addressing socioeconomic data, use of dental services and self-perception of oral health, answered by the participants. The data were tabulated and analyzed using the SPSS software, through descriptive analysis and the Fisher's Exact test ( $p < 0.05$ ). **Results:** The sample consisted of 51 children aged 12 years. 38 (74%) children stated that they needed dental treatment. The majority (90%) have already visited the dentist, 29 (57%) in the public service and 27 (58%) less than a year ago. The main reason (29%) to go to the dentist was to seek curative dental treatment. 28 (55%) children had caries experience ( $DMFT > 1$ ). Regarding the horizontal overlap ( $\geq 3\text{mm}$ ), 28 (55%) had it, 3 (6%) had a bite from top to top; and 4 (8%) open bite. The class I occlusal relationship was verified in 29 (57%), 16 individuals (31%) had class II, and 4 (8%) class III. There was no significant association ( $p > 0.05$ ) between variables of malocclusion and self-perceived oral health. **Conclusion:** There is a high prevalence of malocclusions in 12-year-old children in João Pessoa-PB, with horizontal overlapping being the most frequent.

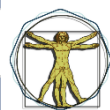
**Keywords:** Epidemiology. Oral Health. Malocclusion.

## Introdução

As oclusopatias são caracterizadas pela alteração do crescimento e desenvolvimento dos ossos maxilares e músculos da face, durante a infância e adolescência. Essa condição acarreta em disfunção na oclusão, mastigação e fonação, e envolve alterações estéticas na face e nos dentes. As condições mais comuns são: mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior, trespasse horizontal (overjet) excessivo e Classe II <sup>1,2</sup>.

O último inquérito nacional brasileiro (SB Brasil 2010) mostrou que as oclusopatias atingem uma parcela importante de crianças aos 12 anos, revelando que 38,8% possuíam problemas de oclusão. Destaca-se, ainda, que 19,0% apresentou oclusopatias severa ou muito severa, as quais são condições que requerem tratamento mais complexo, e constituem prioridade em termos de saúde pública <sup>3</sup>. Portanto, esse é atualmente um assunto a ser abordado em termos de incorporação de tratamento ortodôntico em serviços de saúde <sup>4</sup>.

Além disso, as oclusopatias podem interferir diretamente na qualidade de vida das crianças, no que diz respeito à higiene oral, estética, fala e mastigação, prejudicando, assim, o bem-estar e a interação social dos indivíduos acometidos <sup>2,4</sup>. Dimberg e colaboradores investigaram esse impacto, por meio de uma revisão sistemática, e concluíram que as más



oclusões têm efeitos negativos, predominantemente nas dimensões de bem-estar emocional e social <sup>1</sup>.

Ademais, sabe-se que fatores socioeconômicos podem influenciar a ocorrência dos desfechos em saúde bucal, tal como oclusopatias. Os indicadores sociais são fundamentais no tratamento dessas condições, a fim de captar seu impacto e a necessidade percebida, não apenas pelo cirurgião-dentista, mas pelas crianças e seus responsáveis <sup>2,4</sup>.

Dessa forma, o conhecimento da atual situação epidemiológica de saúde bucal de João Pessoa pode permitir uma atuação mais focada no sentido de planejar e executar ações específicas, bem como estimular medidas de prevenção das implicações geradas pelas más oclusões.

Diante do exposto, objetivou-se conhecer a condição de saúde bucal da população de 12 anos da cidade de João Pessoa-PB. Para isso, buscou-se determinar a prevalência de oclusopatias e obter dados que contribuam para caracterizar o perfil socioeconômico, o acesso a serviços odontológicos e a autopercepção acerca da saúde bucal.

## **Metodologia**

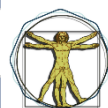
### ***Delineamento Geral do Estudo:***

Foi realizado um inquérito epidemiológico transversal, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (nº do protocolo CEP: 85374018.7.0000.5188). O estudo teve representatividade para a população de 12 anos no município de João Pessoa – PB. Os agravos estudados são recomendados pela OMS na 5ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal <sup>5</sup>, com as devidas adequações expressas no Projeto SB Brasil 2010 <sup>3</sup> e SB SP 2015 <sup>6</sup>. Resumidamente, foram avaliadas a experiência de cárie, necessidade de tratamento e a prevalência de má-oclusão.

A coleta de dados foi realizada em escolas municipais e estaduais de João Pessoa, em ambiente iluminado pela luz do sol, com o voluntário na posição sentado. Os exames bucais foram realizados por pesquisadores treinados (Kappa 0,90-0,95), utilizando-se equipamentos de proteção individual (jaleco, gorro, máscara e luvas) e instrumentais estéreis (sonda OMS e espelho bucal). Os instrumentais foram lavados e esterilizados após cada exame, sob a responsabilidade dos pesquisadores.

### ***Plano amostral:***

Foi realizada amostragem por conveniência, com crianças de 12 anos que aceitaram participar do estudo, residentes da cidade de João Pessoa, Paraíba, devidamente matriculadas nas instituições de ensino do município. O critério de inclusão foi aceitar participar da pesquisa, já o de exclusão foi utilizar aparelho ortodôntico.



### **Coleta de Dados - Condições investigadas:**

O Manual da OMS propõe, em sua quarta edição, o índice de avaliação de oclusopatias, proposto anos antes por Cons e colaboradores<sup>7</sup>, chamado de DAI (Dental Aesthetic Index). O DAI é uma combinação de medidas, sendo 11 no total, considerando três grandes dimensões a serem avaliadas, a dentição, o espaço e a oclusão propriamente dita. Em seu conjunto, expressam o estado oclusal do indivíduo e, conseqüentemente, sua necessidade de tratamento.

Contudo, por se tratar de um estudo exploratório, neste presente levantamento foram utilizadas somente as informações relativas à oclusão propriamente dita (trepassa vertical, mordida aberta anterior e relação molar ânteroposterior). No quadro 1 estão descritos resumidamente os códigos e critérios do DAI relativos à dimensão oclusão.

**Quadro 1** – Códigos, critérios e exemplos para o DAI.

Trepasse vertical (overjet)	Medida, em milímetros, do distanciamento vestibulolingual entre incisivos superiores e inferiores.
Mordida aberta anterior	Medida, em milímetros, do distanciamento vertical entre incisivos superiores e inferiores anteriores.
Relação molar ânteroposterior	Classe I – Posição normal. A cúspide mesiovestibular do 1º molar superior oclui no sulco mesiovestibular do 1º molar inferior. Classe II – Má oclusão. O primeiro molar inferior está deslocado para distal, em relação à posição normal. Classe III – Má oclusão. O primeiro molar inferior está deslocado para mesial, em relação à posição normal.

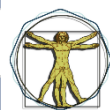
Além do índice DAI para classificar as oclusopatias, foi utilizada a Classificação de Angle, como outro instrumento para categorizá-las, tendo como base a relação dos primeiros molares permanentes. Os códigos e critérios da Classificação de Angle relativos às oclusopatias são: classes I, II e III<sup>8</sup>.

### **Dados socioeconômicos e autopercepção de saúde bucal:**

Todas as recomendações referentes às variáveis socioeconômicas, utilização de serviços de saúde e autopercepção de saúde bucal estão pautados nas recomendações do Projeto SB Brasil 2010<sup>3</sup>. O questionário foi dividido em três blocos, a saber: (a) caracterização demográfica e socioeconômica; (b) utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida; e (c) autopercepção e impactos em saúde bucal.

### **Treinamento e Preparação das Equipes:**

As equipes de campo foram treinadas, em oficina com atividades teórica e prática, a fim de calibrar os participantes, para os códigos e critérios de diagnóstico das condições bucais e operacionalizar as etapas do inquérito. Após calibração, foi determinado o valor de kappa (0,90-0,95), indicando concordância quase perfeita.



### ***Campo de trabalho da equipe:***

Esta pesquisa foi realizada exclusivamente em escolas municipais e estaduais de João Pessoa. Foi necessário aguardar autorização prévia da prefeitura, bem como de cada escola, para realização do estudo. Os indivíduos com 12 anos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Assentimento. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos pais/responsáveis, autorizando a realização dos exames e coleta de dados. Os voluntários foram investigados em suas respectivos locais de estudo, sob iluminação natural, respeitando-se todas as medidas de biossegurança para proteção dos pesquisadores e voluntários.

### ***Registro das informações e dados:***

A coleta de dados da condição de saúde bucal e das condições epidemiológicas foram registradas em papel. Após a coleta dos dados, as informações das fichas foram tabuladas no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS, v. 26, IBM, Chicago, IL).

### ***Análise dos dados:***

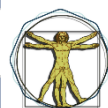
Utilizou-se o software SPSS, sendo realizada análise descritiva para determinação da distribuição da frequência dos dados. Em seguida, os dados foram analisados por estatística inferencial, aplicando-se o teste Exato de Fisher ( $\alpha=5\%$ ).

## **Resultados**

A amostra final foi composta por 51 crianças, sendo 31 (60,8%) do sexo feminino. Quanto a cor da pele/etnia, 11 (17%) eram brancos, 5 (9,8%) pretos, 1 (2,0%) amarelo, 27 (52,9%) pardos e 1 (2,0%) indígena. Já a escolaridade, apesar de uma única faixa etária, apresentou variação, sendo 7 anos de estudos a mais frequente (31,4%).

A renda familiar predominante (29,4%) foi entre R\$1501,00 e R\$2500,00, sendo em torno de um a dois salários mínimos (R\$998,00)<sup>9</sup>. 29,4% dos escolares relatou que residem 5 pessoas em suas casas, incluindo os mesmos, sendo a condição mais frequente.

Quanto a morbidade bucal referida e uso de serviços, 38 (74,5%) crianças afirmaram que necessitam de tratamento odontológico e 10 (19,6%) sentiram dor de dente nos últimos seis meses. Do total, a maioria (n=46; 90,2%) já visitou o dentista, sendo 27 (57,9%) há menos de um ano, e 29 (56,9%) foram atendidos no serviço público. A Tabela 1 apresenta que o principal motivo (29,4%) para ir ao dentista foi em busca de tratamento dentário.



**Tabela 1** – Frequência do motivo da última consulta dos escolares participantes do estudo, João Pessoa, 2019.

Motivo	Frequência	Percentual (%)
Revisão	11	21,6
Dor	8	15,7
Extração	8	15,7
Tratamento	15	29,4
Não sabe/Não Respondeu	9	17,7
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Em relação a coleta dos dados clínicos, verificou-se que 28 (54,9%) crianças apresentaram experiência de cárie (CPOD>1; ceo-d>1). Quanto à oclusão dos dentes, 28 (54,9%) apresentaram trespasse horizontal igual ou maior que 3mm; 3 (5,8%) apresentaram mordida topo a topo; e 4 (7,8%) apresentaram mordida aberta. Segundo a classificação de Angle, 29 (56,9%) apresentaram classe I, 16 (31,4%) classe II e 4 (7,8%) classe III.

Para análise estatística, foram associadas a variável dependente “Classificação de Angle” (dicotomizada em oclusão normal, para classe I, e má oclusão, para classe II e classe III) e as variáveis independentes de autopercepção em saúde bucal. Assim, não foi constatada associação estatisticamente significativa ( $p>0,05$ ), como mostram as tabelas 2, 3, 4 e 5.

**Tabela 2** – Distribuição da associação entre Classificação de Angle e satisfação da criança com sua habilidade de falar.

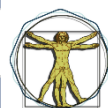
		Classificação de Angle		Total	*p-valor
		Oclusão normal	Má oclusão		
<b>O quanto você está satisfeito com sua habilidade de falar?</b>	<b>Pouco</b>	0	3	3	0,062
	<b>Muito</b>	29	17	46	
<b>Total</b>		29	20	49	

\* Significância estatística estabelecida pelo teste Exato de Fisher

**Tabela 3** – Distribuição da associação entre Classificação de Angle e satisfação da criança com o sorriso.

		Classificação de Angle		Total	*p-valor
		Oclusão normal	Má oclusão		
<b>O quanto você está satisfeito com seu sorriso?</b>	<b>Pouco</b>	6	6	12	0,512
	<b>Muito</b>	23	14	37	
<b>Total</b>		29	20	49	

\* Significância estatística estabelecida pelo teste Exato de Fisher



**Tabela 4** – Distribuição da associação entre Classificação de Angle e satisfação da criança com a habilidade de mastigar.

		Classificação de Angle		Total	*p-valor
		Oclusão normal	Má oclusão		
<b>O quanto você está satisfeito com sua habilidade de mastigar?</b>	<b>Pouco</b>	2	1	3	1,000
	<b>Muito</b>	27	19	46	
<b>Total</b>		29	20	49	

\* Significância estatística estabelecida pelo teste Exato de Fisher

**Tabela 5** – Distribuição da associação entre Classificação de Angle e necessidade de tratamento odontológico segundo a criança.

		Classificação de Angle		Total	*p-valor
		Oclusão normal	Má oclusão		
<b>Acha que necessita de algum tratamento dentário?</b>	<b>Não</b>	9	4	13	0,516
	<b>Sim</b>	20	16	36	
<b>Total</b>		29	20	49	

\* Significância estatística estabelecida pelo teste Exato de Fisher

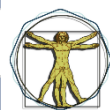
Além disso, a má oclusão, segundo a relação molar, apresentou-se mais frequente no sexo feminino (60%), embora sem diferenças estatisticamente significantes ( $p > 0,05$ ).

## Discussão

O entendimento do padrão de saúde bucal nas crianças de 12 anos permite determinar o perfil epidemiológico destes indivíduos e a demanda local por atendimento odontológico. Dessa forma, o presente estudo verificou uma alta prevalência dos agravos bucais investigados.

Em relação à cárie dentária, foi verificada alta prevalência (54,9%) da experiência desta comorbidade (CPOD > 1; ceo-d > 1), o que corrobora com os achados do SB Brasil 2010 para João Pessoa <sup>3</sup>, não demonstrando, assim, uma evolução na condição dessa doença em crianças de 12 anos no município. Os dados indicam que a cárie dentária continua sendo um grande problema de saúde pública no Brasil <sup>10</sup>.

O trespasse horizontal (overjet) foi a má oclusão mais prevalente, ocorrendo em 54,9% da amostra. Essa única condição representa um valor superior à prevalência (38,8%) de oclusopatias gerais obtida no SB Brasil 2010 <sup>3</sup>, para idade de 12 anos. Tal achado revela, juntamente aos demais resultados, uma alta prevalência de má oclusão nas crianças de 12 anos de João Pessoa.



Do ponto de vista clínico, a presença de oclusopatias pode interferir negativamente na manutenção da saúde bucal da criança, pois o alinhamento inadequado dos dentes permite o acúmulo de biofilme e dificulta sua remoção, o que prejudica o desempenho da escovação dentária <sup>2,10</sup>. Sá-Pinto e colaboradores sugerem, por meio de uma revisão sistemática e meta-análise, uma associação significativa entre a má oclusão e a cárie dentária em crianças e adolescentes <sup>10</sup>.

Observou-se uma maior severidade de má oclusão naquelas crianças que afirmaram ter maior satisfação com os dentes e com as habilidades funcionais da boca. Esta descoberta sugere que as crianças de 12 anos ainda se encontram desenvolvendo uma autopercepção mais crítica, o que pode ser explicado pela imaturidade para avaliar este assunto.

Os resultados mostraram que 39,2% da amostra apresentou alguma alteração na relação molar ânteroposterior, segundo a classificação de Angle, ou seja, classe II ou classe III, sendo essa prevalência similar ao da cidade de Tubarão, SC <sup>2</sup>. De forma mais específica, a classe II mostrou-se a oclusopatia mais prevalente (31,4%), o que está em concordância com estudos realizados na cidade de Campina Grande, PB <sup>11</sup>, Lins, SP e Promissão, SP <sup>12</sup>, nos quais se verificou, respectivamente, classe I presente em 61,6% e 55,2%; seguida da classe II com 29,1% e 38,0%; e classe III em 9,3% e 6,75% da amostra dos estudos.

Em relação ao atendimento odontológico, foi verificado que o principal motivo (29,4%) para ir ao dentista foi em busca de tratamento curativo para algum dente, o que revela uma provável dificuldade de acesso ao serviço odontológico e à ações preventivas da saúde bucal, em João Pessoa <sup>4</sup>.

Diante da gravidade da má oclusão para o desenvolvimento saudável da criança, torna-se necessário o planejamento das políticas públicas de saúde bucal que se voltem para as oclusopatias, que, apesar dos escassos estudos, tem demonstrado uma preocupante prevalência no Brasil <sup>4</sup>. É necessário conhecer melhor a população e os problemas de má oclusão, correlacionar as causas e buscar soluções possíveis para o agravo.

Ressalta-se a importância da educação em saúde, a fim de impactar não apenas o acesso, mas também acarretar em mudanças de comportamentos e no desenvolvimento saudável da criança. Deve-se garantir estratégias, com o intuito de informar acerca da promoção em saúde bucal, da prevenção, da aplicação prática e do empoderamento dos indivíduos, visando desenvolver o senso crítico, para que, assim, as crianças se tornem participantes ativos no processo de manutenção em saúde. Sugere-se, então, a cooperação entre os setores de Saúde e Educação, com o propósito de potencializar ações educativas em saúde bucal nos espaços institucionais <sup>13</sup>.





O fato de não terem sido encontradas associações significantes ( $p>0,05$ ) entre as variáveis de oclusopatias e de autopercepção da criança, pode ser explicado pelo tamanho amostral deste estudo, o qual resultou em baixas frequências.

Nesse sentido, o presente trabalho apresenta limitações que afetam a interpretação dos resultados. As dificuldades e burocracias encontradas durante a coleta de dados em campo resultou em uma pequena amostra ( $n=51$ ). Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito, demonstrando exclusivamente o perfil encontrado neste grupo de forma descritiva.

Ademais, reforça-se a realização de mais investigações que busquem verificar a má oclusão em crianças, com tamanhos maiores de amostra. Apesar disso, os resultados deste estudo são de utilidade ao poder público, no sentido do planejamento e organização da assistência em saúde bucal.

### **Conclusão**

Evidenciou-se uma alta prevalência de má oclusão nas crianças de 12 anos da cidade de João Pessoa – PB. A oclusopatia mais frequente foi o trespassse horizontal (overjet), relacionando-se com a alta prevalência de crianças com relação molar classe II.

### **Referências**

1. Dimberg L, Arnrup K, Bondemark L. The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: A systematic review of quantitative studies. *European Journal of Orthodontics*. 2015;37(3):238–47.
2. Traebert E, Martins LGT, Pereira KCR, Costa SXS, Lunardelli SE, Lunardelli AN, et al. Malocclusion in Brazilian Schoolchildren: High prevalence and low impact. *Oral Health Prev Dent*. 2018;16(2):163–7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010. Brasília. 2012.
4. Bauman JM, Souza JGS, Bauman CD, Flório FM. Epidemiological pattern of malocclusion in brazilian preschoolers. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018 Nov 1;23(11):3861–8.
5. Organização Mundial da Saúde. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos. 5 ed. São Paulo: FOU SP; 2017.



6. Pereira AC. Tratado De Saúde Coletiva Em Odontologia. 1st ed. São Paulo: Ed. Napoleão; 2009. 700 p.
7. Cons NC, Jenny J, Kohout FJ, DDS YS, Jotikastira D. Utility of the Dental Aesthetic Index in Industrialized and Developing Countries. J Public Health Dent. 1989;49(3):163–6.
8. Angle EH. Classification of Malocclusion. Dent Cosm. 1899;41(3):248–64.
9. Brasil. Decreto nº 9.661, de 1º de janeiro de 2019. Dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Diário Oficial da União. 1 jan. 2019.
10. Sá-Pinto AC, Rego TM, Marques LS, Martins CC, Ramos-Jorge ML, Ramos-Jorge J. Association between malocclusion and dental caries in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Paediatr Dent. 2018 Apr 1;19(2):73–82.
11. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Alencar CRB de, Moura C. Prevalência de Maloclusão em Escolares de 6 a 12 Anos de Idade em Campina Grande, PB, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008;8(1):99–104.
12. Almeida MR de, Pereira ALP, de Almeida RR, de Almeida-Pedrin RR, Filho OG da S. Prevalence of malocclusion in children aged 7 to 12 years. Dental Press J Orthod. 2011 Jul;16(4):123–31.
13. Oliveira RCN, Souza JGS, De Castro Oliveira C, De Oliveira LFB, Pelino JEP, De Barros Lima Martins AME, et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. Cienc e Saude Coletiva. 2015 Jan 1;20(1):85–94.