



Pesquisa

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL VOLTADAS PARA PRÉ-ESCOLARES DA REDE PRIVADA: PARTICIPAÇÃO DA ESCOLA E DA FAMÍLIA

Promotion strategies of oral health focused on private education network preschoolers: school and family's participation

Maria Eliza Dantas Bezerra¹; Maria Alice Lucena de Medeiros²; Denise Gomes Torres²; Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro³; Suyene de Oliveira Paredes⁴.

¹Mestranda em Ciências Odontológicas. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba – Brasil.

²Graduada em Odontologia. Centro Universitário de Patos, Patos – Paraíba – Brasil.

³Professora de Clínica de Promoção de Saúde Bucal. Centro Universitário de Patos, Patos – Paraíba – Brasil.

⁴Doutoranda em Ciências Odontológicas. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba – Brasil.

Autor e endereço para correspondência:

Suyene de Oliveira Paredes. Rua Evangelina Rodrigues de Sousa, n.15. Bairro: Maternidade. CEP:58701-323. Patos – PB. suyparedes@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Identificar as estratégias de promoção de saúde bucal, por meio do conhecimento, atitudes, ações e impressões de pais e professores de crianças em idade pré-escolar da rede privada de ensino do município de Patos, Paraíba, Brasil.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico. A amostra, não probabilística, proporcionalmente estratificada por unidade de ensino, constou de 306 crianças representadas por seus pais/responsáveis, e 19 professores da educação infantil. Os dados foram coletados por duas pesquisadoras, devidamente treinadas.

Resultados: 50% das crianças pertenciam a núcleos familiares de 1 a 3 salários mínimos, os responsáveis de 75,2% das crianças tinham mais de 8 anos de estudo. 66,3% dos responsáveis relataram acesso às informações de como cuidar da saúde bucal do filho, bem como 59,2% afirmaram que a criança já foi ao dentista, onde 50,3% relataram a prevenção ter sido o motivo principal da consulta. Quando analisado quem escovava os dentes da criança, 30,7% afirmaram ser realizada pelo responsável ou outro membro da família, sendo 46,1% em dois turnos, 85,9% disseram utilizar creme dental infantil. A experiência de cárie nas crianças, segundo relato dos responsáveis foi de 26,1% e o histórico de dor de dente foi de 10,5%. **Conclusões:** Observou-se a existência de informações a respeito dos cuidados com a saúde bucal das crianças e práticas de higiene bucal nos núcleos familiares, apesar da não verificação frente à totalidade dos pesquisados. Nas escolas não são realizadas frequentemente a escovação, mas a maioria dos professores inclui em suas aulas assuntos sobre saúde bucal.

Descritores: Educação em Saúde. Saúde Bucal. Pré-escolar.



Abstract

Objective: Identify the strategies of oral health promotion, by means of knowledge, attitudes, actions and impressions of parents and teachers of children in the private networks preschool age in the city of Patos, Paraíba, Brazil. **Methodology:** It is about of an exploratory, descriptive and analytical study. The non-probabilistic sample, proportionally stratified in each teaching unit, consisted of 306 children being represented by their parents or guardians, and 19 preschool teachers. The datas were collected by two properly trained researchers. **Results:** 50% of the children belonged to families of 1 to 3 minimum wages, the guardians of 75,2% of children had had more than 8 years of study. 66,3% of these guardians reported access to information on how to take care of the child's oral health, as well as 59,2% of the guardians claimed that their children already went to a dentist, where 50,3% said that the prevention was the main reason for an appointment. When it was analyzed who brushed their children's teeth, 30,7% alleged that they, or other guardian, were responsible, 46,1% being in two shifts, 85,9% said that they used children's toothpaste. An experience of children's tooth cavity, account the guardians, it was of 26,1% and the historical of toothache was of 10,5%. **Conclusions:** It was observed the existence of information in respect of oral health care of children and the practices of oral hygiene by the core family, despite the non-verification of all the people who were interviewed. In schools are not frequently accomplished the tooth brushing, but most of teachers include this subject about oral health in their classes.

Keywords: Health Education. Oral Health. Preschool.

Introdução

A cárie dentária é a doença mais prevalente no mundo, com a maioria das lesões concentradas em grupos sociais desfavorecidos¹. Neste entendimento, o último inquérito de base nacional realizado no Brasil, informou percentuais preocupantes da doença nas populações de crianças e jovens e atingindo, praticamente, a totalidade de adultos e idosos. Assim, comprovaram-se taxas de prevalência da doença de 53,4% aos 5 anos; 56,5% aos 12 anos; 76,1% de 15 a 19 anos; 99,1% de 35 a 44 anos e 99,8% na faixa etária de 65 a 74 anos².

A Odontologia exerce um papel fundamental no campo da prevenção e promoção da saúde bucal, a partir do desenvolvimento de ações educativas voltadas para pais, crianças, gestores, profissionais da saúde e da educação. As práticas odontológicas, dentre elas, as educativas, importantes e necessárias à manutenção saudável da cavidade bucal da criança, devem ser iniciadas antes mesmo do seu nascimento, já no período do pré-natal, ou seja, muito antes da erupção do primeiro elemento decíduo^{1,3}.

Além das atividades preventivas voltadas às mães (antes do nascimento e nos primeiros meses de vida do bebê), a Odontologia segue sua atuação direcionando-se aos primeiros anos de



vida, fase em que as crianças frequentam creches e pré-escolas. Neste contexto, os programas educativos devem fazer parte da rotina escolar já que, nesta fase, os indivíduos aprendem com mais aptidão e tendem a ser mais receptivos. Por isso, a escola é considerada um ambiente ideal, por proporcionar a interação entre a educação e a saúde. No entanto, ações educativas representadas por palestras, teatros e outros meios de comunicação que tornem a aprendizagem mais agradável, comunicativa, interessante, estimulante e enriquecedora, devem ser executadas de forma simples e didática^{1,3}.

Neste contexto, as atividades educativas devem ser centradas nas temáticas consumo racional de açúcar e práticas adequadas de higiene bucal. Isto porque, a frequência de consumo de alimentos e bebidas ricos em sacarose expõem os indivíduos ao maior risco para cárie dentária, visto que esta doença se caracteriza por ser açúcar-dependente⁴. Crianças de 2 até 5 anos de idade dependem dos pais para execução de práticas de higiene, uma vez que possuem limitações motoras para a realização de uma escovação dental de qualidade, como também tendem a copiar, ou seja, imitar os hábitos dos mais velhos. Assim, o âmbito domiciliar atua como referência para práticas relacionadas a saúde e por esse motivo, os familiares devem estar atentos aos seus próprios hábitos de higiene oral⁵.

Neste entendimento, é relevante que os programas educativos também sejam voltados para os pais/responsáveis, para que os mesmos se conscientizem da necessidade da manutenção da saúde bucal e geral de seus filhos, importantes para obtenção de uma melhor qualidade de vida. Vale ressaltar que outros fatores, como, boas condições de moradia, assistência à saúde, alimentação e educação, além de direito ao conhecimento também são fundamentais a uma qualidade de vida positiva⁶.

Diante do exposto, percebe-se que as atitudes de pais e professores influenciam de forma direta e indiretamente na formação do conhecimento e aquisição de hábitos das crianças como um todo. Por isso, é essencial analisar o conhecimento dos mesmos sobre temas básicos em saúde e higiene bucal, identificando quais ações de promoção de saúde bucal são realizadas pelos núcleos familiar e escolar.

Neste entendimento, o objetivo deste estudo foi identificar as estratégias de promoção de saúde bucal nas instituições de ensino da rede privada e no âmbito familiar, por meio da identificação do conhecimento, atitudes, ações e impressões de pais e professores de crianças em idade pré-escolar.



Metodologia

Trata-se de uma investigação exploratória, de natureza descritiva, com emprego de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa baseada em dados primários.

O presente estudo foi desenvolvido em um município do estado da Paraíba. De acordo com os dados da última contagem populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) em 2010, o referido município totaliza população de 100.674 habitantes.

O estudo envolveu 6 unidades de ensino infantil da rede privada do município, com um total de 719 crianças matriculadas. A amostra foi calculada com base em um nível de confiança de 95%, uma margem de erro de 5% e uma proporção esperada de 50% através do *software* Epidat versão 4.1. O tamanho mínimo da amostra foi estimado em 251 participantes, ao qual foram adicionados 20% para compensar possíveis perdas, resultando em uma amostra total de 314 participantes. Empregou-se uma amostragem do tipo não probabilística e estratificada de acordo com as instituições, de modo proporcional à população total de escolares pesquisada⁷.

A amostra final, após coleta dos dados, contou de 306 crianças representadas por seus pais/responsáveis. O total de professores participantes correspondeu a 19.

Como critérios de inclusão, foram considerados as crianças nas idades entre dois e cinco anos, cujos pais/responsáveis aceitaram participar da entrevista, respondendo o formulário, e assinando ou registrando a impressão datiloscópica no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, foram incluídos os professores da rede privada, responsáveis pelo ensino infantil das mesmas crianças, os quais aceitaram participar da pesquisa respondendo o questionário e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro e dezembro de 2018, por duas pesquisadoras, devidamente treinadas para o procedimento da entrevista e preenchimento do formulário direcionado aos pais, assim como pela aplicação do questionário direcionado aos professores.

Os instrumentos de coleta de dados foram adaptados de estudos Lima (2011)⁸ e Hanauer (2011)⁹ e foram revisados por duas pesquisadoras externas à presente pesquisa. Além disso, o formulário semiestruturado foi aplicado em um projeto piloto, para assegurar a interpretação e compreensão das respostas a serem registradas. O tempo previsto para duração da entrevista foi de aproximadamente dez minutos, em horários de entrada ou saída das crianças, de forma que não atrapalhasse a rotina dos pais ou responsáveis.



O questionário destinado aos professores foi aplicado no intervalo ou no final do turno escolar, a fim de não atrapalhar o horário de trabalho e a rotina dos educadores. Além disso, o mesmo foi pré-testado junto a 10% da amostra em um estudo-piloto, com a finalidade de avaliar a compreensão dos participantes em relação às perguntas.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CEP/FIP), sendo aprovado pelo parecer CAAE: 96298318.0.0000.5181 nº 2.872.216. Para a execução do mesmo, foram seguidas todas as diretrizes e normas propostas pela Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual regulamenta a ética em pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

A taxa de participação no estudo foi de 97,5% (n = 306). Quanto aos respondentes 60,1% (n = 184) foi a mãe das crianças, seguido pelo pai 29,4% (n = 90), avó ou avô 5,2% (n = 16) e outros familiares ou cuidadores 5,2% (n = 16). A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e econômicas das crianças e dos responsáveis.

Tabela 1. Características sociodemográficas e econômicas das crianças e dos responsáveis. Patos, Paraíba, Brasil, 2018.

Variáveis	n	%
Idade da criança		
2 anos	27	8,8
3 anos	59	19,3
4 anos	93	30,4
5 anos	127	41,5
Sexo da criança		
Feminino	148	48,4
Masculino	158	51,6
Escolaridade do responsável		
Não estudou	5	1,6
Até 8 anos de estudo	71	23,2
Mais de 8 anos de estudo	230	75,2
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	12	3,9
De 1 a 3 salários mínimos	153	50,0
Mais de 3 salários mínimos	141	46,1

Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 2 mostra a distribuição das respostas às questões que compõem o eixo informações em saúde bucal. Na faixa etária estudada; 40,8% das crianças não havia visitado o



cirurgião-dentista. Para algumas variáveis, os números de casos válidos não corresponderam à totalidade, ou seja, nas situações em que o responsável não soube responder.

Tabela 2. Distribuição das respostas dos responsáveis às questões que compõem o quesito informações em saúde bucal.

Variáveis	n	%
Tem/teve acesso à informações de como cuidar da saúde bucal do seu filho [306]		
Sim	203	66,3
Não	103	33,7
Se sim, de quem [203]		
De um profissional de saúde	185	91,1
Mídia	7	3,4
Conhecimento pessoal	6	3,0
Outros	5	2,5
Em que momento [203]		
Antes do nascimento	6	3,0
Após o nascimento	197	97,0
A criança já foi ao dentista [306]		
Sim	181	59,2
Não	125	40,8
Se sim, quando foi [181]		
Antes da erupção dos dentes decíduos (sem problema)	2	1,1
Após a erupção dos dentes decíduos (sem problema)	95	52,5
Após a erupção dos dentes decíduos (com problema)	84	46,4
Quem levou [181]		
Mãe	143	79,0
Pai	9	5,0
Os pais	21	11,6
Outros	8	4,4
Motivo da consulta [181]		
Prevenção	91	50,3
Trauma	16	8,8
Cárie	51	28,2
Dor	15	8,3
Outros	8	4,4

Nota. Os valores entre [] indicam o total de casos válidos para cada variável. Fonte: Dados da Pesquisa.

A Tabela 3 mostra a distribuição das respostas às questões que compõem o quesito atitudes em saúde bucal. Os dados evidenciaram que 26,1% dos pais juntamente com as crianças realizavam a escovação dentária. Em 30,7% dos casos, o responsável ou outro membro da família escova os dentes da criança. 27,5% dos relatos confirmaram que a criança escova sozinha. Verificou-se também que 46,1% dos respondentes do presente estudo relataram realizar a escovação em dois turnos, sendo utilizado o creme dental infantil (85,9%).



Tabela 3. Distribuição das respostas dos responsáveis às questões que compõem o quesito atitudes em saúde bucal.

Variáveis	n	%
Consome doces		
Não	3	1,0
Sim, poucas vezes	202	66,0
Sim, muitas vezes	101	33,0
Consumo de refrigerante		
Não	64	20,9
Sim, com pouca frequência	222	72,5
Sim, frequentemente	20	6,5
Responsável pela escovação da criança		
Você escova	48	15,7
Você ou outro membro da família escova	94	30,7
Criança escova sozinha	84	27,5
Criança escova depois você	80	26,1
Momentos da escovação		
Manhã	38	12,4
Em dois turnos	141	46,1
Em três turnos	72	23,5
Após as refeições	55	18,0
Creme dental usado		
Infantil	263	85,9
Adulto	43	14,1

Fonte: Dados da Pesquisa.

Constatou-se que a experiência de cárie nas crianças, segundo relato de seus responsáveis foi de 26,1% (n = 80) e o histórico de dor de dente foi de 10,5% (n = 32). (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das respostas dos responsáveis às questões que compõem ao quesito experiências e significados em saúde bucal.

Variáveis	n	%
Você ou outro membro da família já teve cárie		
Sim	299	97,7
Não	7	2,3
A criança já teve cárie		
Sim	80	26,1
Não	226	73,9
A criança já teve dor de dente		
Sim	32	10,5
Não	274	89,5
Qual a importância dos dentes de leite já que vão ser trocados		
Questão estética	5	1,6
Questão funcional	66	21,6
Questão estética e funcional	32	10,5
Não sabe	191	62,4
Outros	12	3,9



Quem você acha que é responsável pela saúde bucal da criança		
Só a mãe	21	6,9
Os pais	237	77,5
Cirurgião-dentista	4	1,3
Os pais e o cirurgião-dentista	9	2,9
Outros	35	11,5

Fonte: Dados da Pesquisa.

O número total de professores participantes referentes às seis instituições do estudo correspondeu a um total de 19. A Tabela 5 mostra a distribuição das respostas dos professores às questões que compõem o quesito informações, significados, experiências, cuidados e práticas em saúde bucal. Todos os professores afirmaram que devem estar envolvidos no processo de prevenção das doenças bucais. A maior parte (52,6%) deles destacou que as crianças não realizam escovação dental na escola. Dos professores investigados, 94,7% realizam atividades relacionadas à saúde bucal em sala de aula. Para algumas variáveis, o número de casos válidos não correspondeu à totalidade, ou seja, nas situações em que o professor deixou em branco.

Tabela 5. Distribuição das respostas dos professores às questões que compõem o quesito informações, significados, experiências, cuidados e práticas em saúde bucal.

Variáveis	n	%
Recebimento de informações sobre cuidados de saúde bucal [19]		
Sim	12	63,2
Não	7	36,8
Procedência das informações [12]		
Profissionais da área	9	75,0
Pais	3	25,0
Professor envolvido na prevenção das doenças bucais [19]		
Sim	19	100,0
Não	0	0,0
Presença de criança com dor de dente em sala de aula [19]		
Sim	5	26,3
Não	14	73,7
Ausência de criança em sala de aula por motivo de dor de dente [19]		
Sim	3	15,8
Não	16	84,2
Escovação dental realizada na escola [19]		
Sim	9	47,4
Não	10	52,6
Inclusão de assuntos relacionados à saúde bucal em sala [19]		
Sim	18	94,7
Não	1	5,3

Nota. Os valores entre [] indicam o total de casos válidos para cada variável.

Fonte: Dados da pesquisa.



Discussão

As ações de promoção de saúde bucal voltadas à primeira infância, devem privilegiar a educação dos pais/responsáveis como também dos educadores. Neste caso, identificar o conhecimento e hábitos dos pais/responsáveis e dos professores, permite a elaboração de estratégias coerentes a serem realizadas a fim de propiciar a manutenção da saúde bucal da criança⁴. Tais exposições são importantes para justificar a realização deste estudo voltado para os pré-escolares da rede privada do município de Patos, Paraíba.

Quanto menor o grau de escolaridade paterna e renda familiar, maior a chance de a criança apresentar problemas de ordem bucal¹⁰. Assim, percebe-se, neste estudo, um fator de proteção em alguns núcleos familiares em relação ao risco de desordens bucais.

De maneira positiva, nesta pesquisa pôde-se notar que a 66,3% dos responsáveis relatou ter recebido algum tipo de informação de como cuidar da saúde bucal do seu filho. Os profissionais da saúde tiveram um destaque como fonte de informação (91,1%). Porém, é importante observar que, um expressivo número de participantes (33,7%) não teve acesso a nenhum tipo de informação. Em estudo que analisou escolares na mesma faixa etária, observou que um pouco mais da metade (50,9%) dos entrevistados não sabem como deve ser feita a higiene bucal do filho, o que demonstra uma falha no processo de comunicação dos profissionais¹¹.

Resultados semelhantes quanto a ausência de visita ao cirurgião-dentista foi encontrado em estudo com crianças da mesma faixa etária em escolas públicas, onde 41,4% das crianças nunca tinham realizado uma consulta com este profissional¹².

O consumo de doces torna-se preocupante, apesar da maioria ter relato consumo em baixa frequência. Neste entendimento deve-se levar em consideração a subjetividade das respostas em relação à frequência. Um estudo realizado em 2010, em uma instituição filantrópica em Teresina no Piauí, com crianças em idade pré-escolar, evidenciou que o consumo elevado de alimentos ricos em sacarose esteve associado ao maior índice de lesões cariosas¹³.

De acordo com Farias et al.¹⁴, quanto à realização da escovação bucal da criança, 90% afirmaram fazê-la, e quando questionadas quanto à frequência, 31% afirma escovar os dentes do filho duas vezes ao dia.

Quando questionados com relação a importância dos dentes decíduos, 62,4% relatou não saber qual a importância de tais elementos dentários. Corroborando com este estudo puderam observar que pais ou responsáveis têm pouco conhecimento sobre a importância dos dentes



decíduos¹⁵. Esse fato é preocupante, pois, muitas são as funções dos elementos que compõem a dentição decídua, os quais devem ser mantidos em condições adequadas na cavidade bucal até a sua esfoliação¹⁶.

Dos 306 participantes desta pesquisa 299 (97,7%) relataram ter ou já tiveram cárie. A cárie dentária é um grave problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando a grande maioria dos adultos. De acordo com a percepção dos respondentes desta pesquisa, os pais (77,5%) são os principais responsáveis pela saúde bucal da criança¹⁷. Nesse contexto, as atitudes, os hábitos e os comportamentos dos pais, têm influência direta na educação e prevenção da saúde bucal das crianças. Pois, os pais/responsáveis pela educação têm um papel fundamental na aquisição e desenvolvimento de hábitos de vida e de higiene dos seus filhos, sendo o suporte de todo o processo educativo¹⁸.

Nesta pesquisa pôde-se notar que mais da metade dos professores relatou possuir algum tipo de conhecimento sobre saúde bucal, sendo os profissionais da área da Odontologia identificados como principais fontes de informação (75%). Dos professores investigados, 94,7% realizam atividades relacionadas à saúde bucal em sala de aula. O mesmo foi possível perceber em um estudo em que 78,57% dos docentes realizavam atividades relacionadas à saúde bucal nas salas de aula¹⁹.

Durante o ano letivo; 26,3% dos professores, deste estudo, presenciaram alguma criança da sala com dor de dente e 15,8% reportaram que tiveram crianças da sala que faltaram aula por motivo de dor de dente. Em outro estudo, reclamações sobre dor de dente, troca de dentes ou fratura, em ambiente escolar, foram confirmadas por 21% dos professores. Entre os quais, 50% encaminhariam a criança para casa, em episódio de dor de dente, 35% medicariam e 15% encaminhariam para o consultório odontológico¹⁹. Neste contexto, a cárie dentária repercute em transtorno, tais como dor, que interfere negativamente na qualidade de vida dos indivíduos, sendo motivo de absenteísmo escolar e interferência nas atividades diárias²⁰.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a não inclusão de crianças (nas idades alvo) e professores, pertencentes a uma instituição da rede particular de representatividade no município de Patos. Dessa forma, os resultados desta pesquisa não devem ser extrapolados para a população de crianças da rede privada de ensino da referida localidade.

Conclusões



Existem informações a respeito dos cuidados com a saúde bucal das crianças e práticas de higiene bucal nos núcleos familiares, apesar da não verificação frente à totalidade dos pesquisados. Professores que presenciaram crianças na sala de aula com dor de dente. Nas escolas não são realizadas frequentemente a escovação, mas assuntos de saúde bucal são incluídos em aulas.

REFERÊNCIAS

1. Schwendicke F, Dorfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Research*. 2015; 94 (1):10-18.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Antonio LP, Gouvêa GR, Souza LZ, Cortellazzi KL. Avaliação de diferentes métodos educativos em saúde bucal em crianças na faixa etária de 7 a 10 anos de idade. *RFO*. 2015; 20(1):52-58.
4. Bernabé E, Vehkalahti MM, Sheiham A, Aroma A, Suominen AL. Sugar-sweetened beverages and dental caries in adults: A 4-year prospective study. *Journal of Dentistry*. 2014; 42 (8): 952- 958.
5. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev Odonto Ciênc*. 2008; 23(4):375-379.
6. Kragt L, Van der tas JT, Moll HA, Elfrink MEC, Jaddoe VWV, Wolvius EB, et al. Early caries predicts low oral health-related quality of life at a later age. *Caries Res*. 2016; 50(5):471-479.
7. Silva NN. Amostragem probabilística. 3 th ed. São Paulo: EDUSP; 2015. 210 p.
8. Lima CMG, Palha PF, Zanetti, ML, Parada CMGL. Experiences of Family Members Regarding the Oral Health Care of Children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):171-178.
9. Haunaer D. A escola e a família como estratégias sociais na promoção de saúde bucal infantil. Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.
10. Piovesan C, Tomazoni F, Fabro JD, Buzzati BCS, Mendes FM, Antunes JLF, Ardenghi TM. Inequality in dental caries distribution at noncavitated and cavitated thresholds in preschool children. *Jour. of Pub Hea Dent*. 2014;74(2):120-126.



11. Demari S, Marques C, Pereira JT, Oliveira RS, Werle SB. Avaliação do conhecimento sobre higiene bucal dos responsáveis por crianças de 0-6 anos de idade. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 2016;26(1):11-18.
12. Ferreira JMS, Bezerra IF, Cruz RES, Vieira ITA, Menezes VA, Garcia AF. Práticas de pais sobre a higiene bucal e dieta de pré-escolares da rede pública. RGO. 2011;59(2):265-270.
13. Filho MDS, Carvalho GDF, Martins MCC. Consumo de alimentos ricos em açúcar e cárie dentária em pré-escolares. 2010;46(3):152-159.
14. Farias MN, Rodrigues HB, Morais NNA, Santos IC, Pinheiro SAA. Conhecimento e práticas dos pais em relação à prevenção da cárie dentária. Temas em saúde.2018;18(1):204-221.
15. Garbin CAS, Soares GB, Martim IM, Garbin AJI, Arcieri RM. Saúde bucal na escola: avaliação do conhecimento dos pais e da condição de saúde bucal das crianças. RFO. 2016;21(1):81-89.
16. Valença PAM, Grinfeld S, NEVES HLS. Influência do programa Bolsa Família no controle da cárie dentária em crianças. Dentistry in Science. 2009;1(1):95-101.
17. Costa A. Conhecimentos e comportamentos promotores da saúde oral na segunda infância: Percepção dos pais/encarregados de educação. Dissertação (Dissertação em Medicina dentária) – UFP. 2017. p.13.
18. Santos MO, Casotti CA, Queiroz APDG, Carneiro JAO, Uemura TF. Conhecimento e percepção sobre saúde bucal de professores e pré-escolaresde um Município baiano. RFO, Passo Fundo. 2015;20(2):172-178.
19. Pinheiro HHC, Cardoso DG, Araújo MVA, Araújo IC. Avaliação do nível de conhecimento sobre saúde bucal dos professores da creche Sorena, Belém, Pará. Rev Inst Ciênc Saúde. 2005;23(4):297-303.
20. Santos PS, Martins PA, Paiva SM, Klein D, Torres FM, Giancomin A, Gonçalves BM, Konrath AC, Bolan M, Cardoso M. Prevalence of self-reported dental pain and associated factors among eight- to ten-year old Brazilian schoolchildren. Plos One. 2019;14(4):1-13.