

VALÉRIA RODRIGUES CARVALHO

A CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES NA FAIXA ETÁRIA
DE 5 A 12 ANOS EM FERROS-MG

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2010

VALÉRIA RODRIGUES CARVALHO

A CÁRIE DENTÁRIA EM ESCOLARES NA FAIXA ETÁRIA DE 05 À 12 ANOS EM
FERROS-MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família Universidade Federal de Minas
Gerais

Orientador: Flávio de Freitas Mattos

CONSELHEIRO LAFAIETE - MINAS GERAIS

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de conclusão de Curso A cárie dentária em escolares na faixa etária de 5 a 12 anos em Ferros – MG

Elaborada por: Valéria Rodrigues Carvalho

Orientada por: Flávio de Freitas Mattos

Aprovada Reprovada

Pelos membros da banca examinadora da Universidade Federal de Minas Gerais
com conceito

Belo Horizonte, de 2010.

Nome:

Titulação:

Assinatura:

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Objetivo	8
3. Revisão da literatura	9
4. Discussão	13
5. Considerações finais	15
6. Referências bibliográficas	16

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a situação da cárie dentária entre escolares de Ferros - MG à luz da literatura disponível sobre o perfil do grupo etário no Brasil. A cárie, no Brasil, está declinando se comparados os resultados dos levantamentos epidemiológicos realizados em 1986, 1993, 1996 e 2003. Pode-se observar a distribuição desigual da cárie no território nacional, estando em pior situação os estados do Nordeste quando comparados ao Sul e Sudeste. A situação de saúde bucal brasileira reflete a grande desigualdade sócio-econômica vigente e o difícil acesso a assistência odontológica decorrente da oferta limitada dos serviços públicos e do alto custo da prática privada, para grande parte da população. Ferros, como muitos municípios brasileiros, tem alto índice de cárie e apresenta escolares com grande quantidade de perdas dentárias. O CPOD aos 12 anos do município foi 3,01, enquanto o preconizado pela OMS que é $CPOD \leq 1$. O município encontra-se longe das condições ideais necessitando de muitas intervenções para melhorar a saúde bucal da população.

ABSTRACT

The objective of this study is to appraise situation of dental caries among students of the schools of Ferros-MG at the light of the literature available on the profile of the age of this group in Brazil. Dental caries in Brazil is declining if compared with the results of epidemiological studies realized in 1986, 1993, 1996 e 2003. It can observe the different distribution of caries in the national territory. The worst situation is in the northeast if compared with the south and southeast. The buccal health in Brazil reflects the great socioeconomic inequality and the difficult access odontological assistance because of the limited offer of public services and the high cost of private services. Ferros has $DMFT=3$, like many Brazilians cities, has a high caries index and present Scholars with caries index and present scholars with large amounts of premature loss of teeth, according to $DMFT=1$. It is far from the ideal conditions and needs many interventions to improve the oral health in the municipality.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que tradicionalmente, no Brasil, a organização das práticas odontológicas no SUS não acompanhou a estruturação dos demais serviços de saúde. Entretanto, novos esforços para corrigir esta falta de integração são atualmente observados. Os saberes sobre promoção e vigilância em saúde e a revisão das práticas assistenciais incorporam nestes esforços a abordagem familiar e a defesa da vida. (4)

Desde o surgimento do conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), na Declaração de Alma-Ata, ele tem sido interpretado de várias formas. No Brasil, o Ministério da Saúde denomina Atenção Primária como Atenção Básica, definindo-a como um conjunto de ações, individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (3).

Entende-se como conceito da Atenção Primária ou Atenção Básica partindo do conhecimento de seus princípios: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade ou abrangência e a coordenação (26).

Três aspectos são derivados dessas características: a centralização na família, a competência cultural e a orientação comunitária (26). A centralização da família remete a conhecer seus membros e os problemas de saúde dos mesmos. Entende-se como orientação comunitária o entendimento de que as necessidades são relacionadas ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades leva ao conhecimento do contexto físico, econômico e cultural(26).

A Atenção Básica considera o sujeito em todos os aspectos a fim de buscar e promover e prevenir doenças reduzindo danos ou sofrimentos que comprometam suas possibilidades de uma vida saudável(26).

Em 1994 criou-se o Programa Saúde da Família (PSF) onde as bases do programa são contrárias ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza ações de proteção e promoção da saúde individual e familiar, tanto adulto quanto crianças saudáveis ou doentes, de forma íntegra e contínua(26).

O PSF é uma estratégia para consolidar o Sistema Único de Saúde. Um dos principais objetivos é garantir a atenção integral aos indivíduos, sendo que a Unidade de Saúde da Família deve estar ligada a uma rede de serviços de a fim de garantir a referência e contra-referência para a resolução de problemas(4).

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorarem riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimarem necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos (4).

No Brasil quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de cinco anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (3).

Sendo a lesão cariosa uma manifestação clínica de infecção bacteriana. O metabolismo das bactérias é o resultado de um processo contínuo de desmineralização e remineralização do tecido dentário. O desequilíbrio nesse processo pode causar uma progressão da desmineralização do dente e a consequência é a formação da cárie. Muitos podem ser os fatores determinantes para a formação da cárie o que faz com a mesma seja uma doença multifatorial (6).

Atualmente se considera que estágios anteriores ao aparecimento da cárie podem ser paralisados. No entanto somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não é suficiente para o controle da evolução da doença. É necessária a intervenção sobre os seus determinantes para evitar novas lesões e recidivas nas restaurações (4).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a situação da cárie dentária entre escolares de Ferros - MG à luz da literatura disponível sobre o perfil do mesmo grupo etário no Brasil

REVISÃO DA LITERATURA

Como desdobramento da Conferência de Alma-Ata, a World Health Organization Oral Health Unit (Declaração de Alma Ata: 1978 e a Federation Dentaire Internationale estabeleceram (7), entre as metas de saúde oral para o ano 2000, que pelo menos 50% das crianças de 12 anos de idade deveriam ter no máximo três dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). Considerando o papel desempenhado pelas metas anteriores e a heterogeneidade no grau de resposta a elas nas diversas populações do mundo, novas metas para 2020 foram propostas para adaptação, em termos de percentuais de incremento na proporção de livres de cáries aos seis anos e redução do CPOD aos 12 anos, com especial ênfase no componente “C” e de reduções nos números de extrações devido à cáries aos 18, 35-44 e 65-74 anos (13).

No final de 1993, durante o 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, realizado em Umea (Suécia), a OMS propôs as novas metas para o ano 2010 em relação à saúde bucal. Foram incluídas metas relacionadas à melhoria das condições periodontais (da gengiva) da população, medidas do Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal. As metas de saúde bucal para 2010 são as seguintes:

- 90% de pessoas sem cárie na idade de 5 a 6 anos
- CPOD menor que um aos 12 anos de idade
- não haver perda dental, aos 18 anos de idade, devido à cárie ou doença periodontal. (20).

Houve um expressivo declínio na prevalência da cárie dentária – entre 10% a 70% entre crianças – em diversas nações nas décadas de 1970 e 1980, havendo relatos de estabilização de patamares baixos atingidos em alguns países desenvolvidos na década de 1990. Subjacente a esse declínio, entretanto, salienta-se diferenças regionais, às vezes atribuídas à presença ou não de água fluoretada e diferenças importantes entre grupos populacionais de níveis sócio-econômicos diferentes (1, 3, 6,20).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou em 2003 a cárie dentária como maior problema de saúde oral em muitos países industrializados. A cárie dentária continua sendo um desafio a ser enfrentado(3,15).

Os índices de cárie no Brasil estão em queda. Observa-se que os estados do nordeste apresentam maior incidência quando comparados ao sul e sudeste. Em termos médios percebe-se que a meta que estabelecia o CPOD igual ou menor que três aos 12 anos para o ano 2000 já foi atingida (3,15).

Quase 27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise destes dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (3).

O Brasil atingiu as metas da OMS para o ano de 2000 somente na idade de 12 anos e, em parte, isto aconteceu devido às crianças das regiões Sul e Sudeste. Para todas as outras idades, os níveis estão aquém das metas propostas para o ano 2000. Embora as crianças de 12 anos de idade apresentem valores de ataque de cárie semelhantes aos padrões recomendados pela OMS para o ano 2000, é relevante sublinhar a ampla variedade de distribuição dos valores e a existência de uma proporção significativa de crianças nessa idade com valores muito elevados de ataque (3).

Conforme as metas da OMS propostas para o ano de 2000 o Brasil só obteve um resultado satisfatório na faixa etária de 12 anos e em partes esses resultados só foram obtidos graças às crianças das regiões Sul e Sudeste. Os níveis deixaram a desejar em todas as outras faixas etárias não sendo, portanto alcançadas as metas desejadas. Apesar das crianças de 12 anos estarem com a meta alcançada, segundo os padrões recomendados, deve-se lembrar sempre que ainda existe uma proporção bastante significativa de crianças nessa idade que necessitam de uma atenção especial no sentido de melhoria da saúde bucal buscando prevenir o aparecimento de cáries. (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17).

A grande desigualdade sócio econômica brasileira resulta na situação visível da saúde bucal, isso decorre da pouca oferta dos serviços públicos e do alto

custo dos serviços na rede privada. As pesquisas mostram que a incidência maior de cárie nas classes menos favorecidas. A classe alta investe nos recursos tecnológicos disponíveis para prevenção e tratamento enquanto que a classe baixa recorre na maioria das vezes na extração dentária. Um fator determinante do risco de cárie é exatamente a situação sócio-econômica, a população de baixa renda está associada ao pouco grau de educação, estilo de vida e pouca informação sobre os cuidados com a saúde, estando mais propícios ao aparecimento de cárie. (18).

Patussi (21) analisou as diferenças na experiência de cárie dentária em escolares de 12 anos de idade morando em distintas regiões administrativas do Distrito Federal, Brasil. Entre os resultados destaca-se que regiões de alta renda possuíam 52% dos examinados livres de cárie, enquanto que em regiões pobres, mais de 86% das crianças apresentaram algum dente cariado, perdido ou obturado. O CPOD médio variou de 1,5 a 4,5 em regiões de alta e baixa renda, respectivamente(21).

Muitas vezes, as áreas rurais brasileiras apresentam piores indicadores de renda, saneamento básico e níveis de escolaridade que as respectivas áreas urbanas, acredita-se que possam configurar um importante pólo de concentração para os agravos à saúde bucal (2). A maior concentração de serviços públicos e privados de saúde está na zona urbana, o que torna outro importante fator de desigualdade no acesso aos serviços de saúde(2).

O município de Ferros, Minas Gerais, tem população de aproximadamente 11 mil habitantes (2250 crianças entre 0 e 14 anos, 6359 adultos de 19 a 59 anos e 1956 idosos acima de 60 anos). A grande maioria está concentrada na área rural, aproximadamente 7000, enquanto na área urbana residem somente 4000 indivíduos. A economia está voltada para a agropecuária. O IDH do município é 0,678 e a população tem renda média de um salário mínimo. Na área urbana cerca de 70% da água é tratada, 60% da cidade tem sistema de esgoto. Normalmente 70% do lixo é recolhido pela prefeitura e os outros 30% em parte são queimados ou enterrados e outra parte é jogado a céu aberto. As casas na maioria são feitas de tijolos. Nas áreas rurais a água não sofre qualquer tratamento e é oriunda de poços artesianos ou nascentes. O esgoto é lançado a céu aberto ou em fossas, o lixo é queimado ou enterrado e grande parte é depositada a céu aberto. Quanto às casas

cerca de 80% são de tijolos e o restante de taipa revestida ou de madeira (14). Ferros têm uma proporção de um cirurgião-dentista para 2000 habitantes, segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde(14).

Como a área rural do município é muito extensa, há uma divisão em três equipes de saúde bucal, atendendo uma vez por semana em cada um dos seis distritos, pois todos têm consultórios. O agendamento entre os escolares é feito por ordem de necessidades. Os profissionais em cada semestre visitam as escolas, fazem escovação supervisionada, aplicações de flúor, distribuem escovas e pastas, fazem exame em cada indivíduo e de acordo com as necessidades vão agendando-os. Metade das fichas é destinada a adultos e outra metade para os escolares. Para os adultos o agendamento dá-se por livre demanda. Muitos só procuram o sério de saúde bucal quando estão com muita dor (8,14).

Analisando os dados do levantamento epidemiológico odontológico do município de Ferros constata-se que os escolares apresentam grande quantidade de perdas dentárias, particularmente dos primeiros molares permanentes. No estudo foram examinadas 524 crianças na faixa etária de 05-14 anos, englobando meio rural e urbano, oriundas de 18 escolas. O valor médio de CPOD foi 3, 01, considerada severidade moderada, sendo que o número de dentes cariados foi de 145, dentes perdidos 23 e obturados 70, na idade de 12 anos. Foi conseguida através da Secretaria da Saúde do Município de Ferros uma atenção maior a estes escolares, organizando de tal forma para que todos os escolares de todos os distritos pudessem receber atendimentos preventivos nas escolas e os casos mais graves fossem atendidos nos consultórios da prefeitura (8).

DISCUSSÃO

No período entre 1980 e 2003 percebe-se uma queda de 61,7% nos valores do índice de CPOD em todas as regiões do país. Tal redução tem sido atribuída à fluoração das águas de abastecimento público, a introdução de dentrífcios fluorados no mercado e a mudança de enfoque nos programas odontológicos em saúde pública em todo país.

Mesmo sabendo da redução da contribuição dos serviços odontológicos na alteração dos níveis de cárie na população (36), considera-se que no caso do Brasil, muitos programas odontológicos em saúde pública tiveram alterações nas últimas décadas (21).

O percentual do índice CPOD em 1986 e 2003 mostra que mesmo tendo ocorrido uma queda no número de cáries entre os escolares, continua inalterado o padrão dessa composição. Apesar de ter dobrado a proporção de dentistas por 10 mil habitantes de 1980 a 2003, esse número não foi suficiente para alterar significativamente esse padrão de exclusão do acesso aos cuidados odontológicos, que continua preocupando a sociedade e as autoridades públicas.

A meta da OMS para a saúde bucal em 2010 (CPOD \leq 1,0 aos doze anos) traz a necessidade imediata de uma redução superior a 60%, se levarmos em conta o atual valor do indicador em Ferros, que é de 3,6. Este número é ainda muito elevado mesmo se compararmos ao preconizado para o ano 2000 que era CPOD \leq 3,00. Tem-se que a saúde bucal ainda pode e deve melhorar consideravelmente.

O nível de cárie nas áreas urbanas pode estar um pouco controlado ou caminha-se para isto, mas na área rural e especial nos escolares (5-12 anos) ainda está longe do ideal. Estes escolares não têm instruções adequadas, a pobreza é intensa, falta alimentação adequada e produtos de limpeza bucal (escova, pasta dental e fio dental), há dificuldades para deslocamentos para os centros de saúde para tratamento. Necessita-se, portanto de uma maior atenção por parte dos gestores para esta parcela da população.

No município de Ferros, pode-se perceber melhora no índice de cárie na área urbana, mas na área rural o mesmo não ocorreu, devido a pouca disponibilidade de tratamento, à grande demanda, ao alto índice de faltas, à baixa instrução dos pais, à baixa condição econômica e à dificuldade para ir aos postos de saúde. Residindo

muitas vezes afastados dos núcleos urbanos dos distritos muitos indivíduos não dispõem de meio de transporte até os postos de saúde localizados nas sedes.

Um declínio relevante do CPOD vem sendo observado em algumas cidades do Brasil, principalmente, no Sul e Sudeste, Ferros vem tentando diminuir seu valor de CPOD investindo em ações preventivas. Apesar da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual. Os dentes atingidos por cárie passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos. A redução das disparidades socioeconômicas e medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas no Brasil.

Não se tem dados de outros levantamentos odontológicos para se acompanhar a evolução epidemiológica da doença cárie ao longo do tempo em Ferros. O que pode ser observado pela experiência em serviço é que com o passar dos anos a cárie tem diminuído e principalmente as mães tem tido uma maior iniciativa para procurar o serviço odontológico para que sejam realizados tratamentos em seus filhos. Os adultos recorrem ao serviço quando da necessidade de exodontias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação da saúde bucal da população de Ferros, avaliada quanto ao indicador cárie dentária aos 12 anos de idade, é ruim diante do perfil nacional e das metas internacionais estabelecidas. É necessário que os gestores do serviço de municipal de saúde bucal ampliem investimentos em mão de obra para ampliar a oferta da atenção. Outra medida importante é a incorporação de técnicos em saúde bucal às equipes. Estes poderiam atuar intensivamente em ações de promoção da saúde e de prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTUNES JLF, Junqueira SR, Frazão P, Bispo CM, Pegoretti T, Narvai PC. *City-level gender differential in the prevalence of dental caries e restorative dental treatment. Health Place* 2003; 9:231-9.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. Brasília: Ministério da Saúde, 1988. 137 p.*
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. 1. Ed., quatro.ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.*
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília, 2004.
5. BRUNNELE JA, Carlos JP. Recent trends in dental caries in U.S. 3-3. Bhering E, de Nez TB. *Envolvimento de pais em creche: possibilidades e dificuldades de parceria. Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2002; 18(1):63-73. *Children and the effect of water fluoridation. Dent Res* 1990; 69:723-7.
- 6- Downer MC. The 1993 national survey of children's dental health: a commentary on the preliminary report. *Br Dent J* 1994; 176:209-14.
7. Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32:1.
8. FERROS, 2009, *Levantamento epidemiológico em escolares de 05 à 12 anos.*
9. GUIMARÃES MM, Marcos B. *Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais* 1995; 1:54-61.

10. GUIMARÃES MM, Marcos B. *Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais* 1996; 02h16min-20.
11. GUIMARÃES MM, Marcos, B. *Impacto da classe social nas extrações de dente. Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais* 1996; 2:78-82.
12. JC. Indicators for oral health and their implications for industrialized nations. *Int Greene Dent J* 1983; 33:67-72. 13-Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johson N. Global goals oral health 2020. *Int Dent J* 2003; 53:285-8.
13. HOBDELL Petersen PE, Clarkson J, Johson N. Global goals oral health 2020. *Int Dent J* 2003; 53:285-8.
14. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Contagem da população, 2010, Minas Gerais: IBGE.
15. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res* 2004; 38:173-1.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2003; Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal; 2004.
17. MOYSÉS SJ. *O conceito de promoção da saúde na construção de sistemas da atenção em saúde bucal coletiva In: Kriger L, organizador. Promoção de Saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas/Associação Brasileira de odontologia de promoção de Saúde; 1997. p. 371-407.*
18. MOYSÉS SJ. *Desigualdades em saúde bucal desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva* 2000; 01h19min-28.

19. NARVAI PC, Frazão P, Castellanos RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do séculoXX.
20. OPAS/OMS 2001. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. Informativo 4/5/2001. Disponível em <www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.htm>. Acesso em 17 de outubro de 2002.
21. PATTUSSI MP. *As desigualdades na distribuição da cárie dentária em escolares de 12 anos residentes em diferentes regiões socioeconômicas do Distrito federal, Brasil – 1997*. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva 2000; 1:19-28.
22. PINTO VG. *Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dentária em crianças de 3 a 14 anos: Brasil, 1993*. Brasília: Serviço Social da Indústria; 1996:17-14. Pinto VG. *Epidemiologia das doenças bucais no Brasil*. In: Kriger L, organizador. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas/Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde; 1997. P. 27-41.
23. PITTS NB, Palmer JD. *The dental caries experience of 5-12 and 14 years old children in Great Britain. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 1991/92, 1992/3 and 1990-91*. Community Dent Health 1994; 11:42-52.
24. CSILVA SMB, Rios D, Oliveira AF, Machado MA. Comparação da efetividade entre o exame bucal profissional e o de pais no reconhecimento do estado de saúde bucal de seus filhos. Rev Fac Odontol Bauru 2002; 10(3): 142-8
25. Spolidorio DMP, Hofling JF, Moreira D, Rodrigues JAO, Boriollo MFG, Rosa EAR. *Dental caries status in deciduous and permanent dentition of Brazilian children aged 6-8 years with a socio-economic base*. Brazilian Journal of Oral Sciences 2003; 2:147-50
26. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, Serviços e tecnologia*. Ministério da Saúde/UNESCO, Brasília, 2004.

27. TAVARES PG, BASTOS JRM. *Concentração de flúor na água: cárie, fluorose e teor de flúor urinário em escolares de Bauru-SP*. Revista da APCD, v.53, n °seis p.407-414. Set/out., 1999.

28. World Health Organization. *The world oral health report 2003: continuous improvement of oralhealth in the 21st century – the aproach of the WHO Global Oral Health Programme*. Geneva: World Health Organization; 2003.

.