

UNESC

ÍNDICE CPO-D EM ESCOLARES DA FAIXA ETÁRIA DE 12 ANOS

**CRICIÚMA
2020**

**ÍNDICE CPO-D EM ESCOLARES DA FAIXA ETÁRIA DE 12 ANOS
REVISÃO INTEGRATIVA
CPO-D INDEX IN SCHOOLS IN THE 12 YARS AGE**

**LETÍCIA NUNES LUENENBERG
PATRÍCIA SIMÕES PIRES**

Vinculação do artigo

Curso de Odontologia. Universidade do Extremo Sul Catarinense – Criciúma - SC

Endereço para correspondência

Patrícia Duarte Simões Pires

Curso de Odontologia – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Av. Universitária, 1105

Criciúma – SC – Bairro Universitário

CEP – 88806-000

E-mail: patriciadspires@gmail.com

***Graduanda em Odontologia - Universidade do Extremo Sul Catarinense – E-mail:
leluenenberg@hotmail.com**

****Doutora em Ciências da Saúde. Professora de Odontopediatria do Curso de Odontologia.
Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: patriciadspires@gmail.com**

Dedico esse trabalho a todos que acreditaram e contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especialmente:

A Deus, a quem devo minha vida.

A minha família que sempre me apoiou nos estudos e nas escolhas tomadas.

“Toda ação humana, quer se torne positiva ou negativa, precisa depender de motivação.”
Dalai Lama.”

RESUMO

Introdução: A atenção básica é um objetivo principal do trabalho dos profissionais da saúde. Dentre suas várias atribuições, o conhecimento da doença é uma peça chave para o sucesso das políticas de saúde. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são definidos como estudos que fornecem informações básicas sobre a situação de saúde bucal e/ou sobre as necessidades de tratamento odontológico de uma população, em um determinado tempo e local. **Objetivo:** realizar uma pesquisa sobre o índice CPO-D em escolares na faixa etária de 12 anos de acordo com a literatura. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, transversal e documental, do tipo revisão integrativa. **Resultados:** Permaneceram para discussão 09 artigos que estivessem em consonância com critérios de inclusão e exclusão. Na perspectiva de sumarizar e organiza as informações utilizou-se o instrumento de Nicolussi (2008) que identifica título, ano de publicação, periódico, disciplina, país, região, característica metodológicas. Os dados da revisão integrativa foram tratados segundo análise de conteúdo proposto por Minayo (2012), com pré-categorias estabelecidas: Categoria 01: Índice de CPO em crianças de 12 anos; Categoria 02: Etiologia de dentes cariados, perdidos e obturados; Categoria 03: Cuidados profiláticos na higiene bucal e prevenção. **Conclusão:** Dentro dos limites deste estudo, é possível concluir que o índice de CPO-D dos artigos selecionados foi considerado baixo. A importância dos estudos epidemiológicos como o índice de CPO-D, com o objetivo de traçar programas e ações que visem prevenir lesões de cárie, contribuindo para melhoria da qualidade de vida na infância. **Palavras-chave:** índice de saúde bucal, saúde bucal, etiologia.

INTRODUÇÃO

A atenção básica é o objetivo principal do trabalho dos profissionais da saúde. Dentre suas várias atribuições, o conhecimento da doença é uma peça chave para o sucesso das políticas de saúde, e uma forma de avaliar a condição de saúde é através, do levantamento epidemiológico.

Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são definidos como estudos que fornecem informações básicas sobre a situação de saúde bucal e/ou sobre as necessidades de tratamento odontológico de uma população, em um determinado tempo e local. Seus principais objetivos são: conhecer a importância dos problemas odontológicos e monitorar mudanças nos níveis e nos padrões das doenças ao longo do tempo.¹

É fundamental que os dados epidemiológicos sejam usados para subsidiar o planejamento das ações de saúde bucal da população, para que a intervenção possa resultar em ações que visem controlar o desenvolvimento de doenças bucais, promover saúde e melhorar a qualidade de vida, analisando a realidade da área de abrangência, mediante uma comparação entre a situação local e as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde² (OMS) e outros estudos nacionais.³

É recomendável a utilização de parâmetros preconizados pela OMS, como idades (5 e 12 anos) e faixas etárias (35 a 44 e 65 a 74 anos), índices (por ex.: CPO-D, ceo e CPI) e procedimentos metodológicos, com o objetivo de permitir a comparabilidade dos achados. Entretanto, além desses, poderão também ser incluídos indicadores de interesse local, como por exemplo, o nível de satisfação de usuários e de profissionais.³

A vigilância epidemiológica inclui, inicialmente, a estruturação de protocolos com os indicadores selecionados e a definição de procedimentos metodológicos a serem utilizados.⁴

Desta forma, justificou-se a execução deste projeto de pesquisa que vai contribuir fortemente para o conhecimento profissional acerca das condições de saúde bucal de crianças de 12 anos, que objetivou discutir sobre o índice CPO-D em escolares na faixa etária de 12 anos de acordo com a literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

As diretrizes da política nacional de saúde bucal orientam para que as ações e serviços odontológicos resultem de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, valendo-se disso, construir uma prática efetivamente resolutiva.⁵

Tem sido discutido que a odontologia instituída no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) constitui-se em uma importante ferramenta para organizar a oferta dos serviços odontológicos curativos e preventivos, considerando-se as informações obtidas no cadastramento das condições de saúde bucal realizado durante as visitas domiciliares. Entretanto, algumas equipes de saúde bucal demonstram dificuldades de adaptação à nova lógica de organização da oferta dos serviços odontológicos e de embasar as ações na epidemiologia.⁵ O estudo realizado por Leite et al.⁶ com objetivo de avaliar a condição bucal de crianças com cinco e seis anos e comparar a atuação do dentista concluiu que onde há acompanhamento odontológico a prevalência é menor. E apesar de todos os esforços na prevenção à cárie dentária ela ainda é um fator preocupante, atingindo milhares de pessoas, principalmente as crianças em fase pré-escolar e reforça a necessidade de ser dada maior atenção à saúde bucal, preconizando primeiramente métodos educativos e preventivos aos curativos, envolvendo uma equipe interdisciplinar.

Silva Bastos et al.⁷ avaliaram a prevalência de cárie aos 12 anos entre 1976 e 2001, na cidade de Bauru. O estudo concluiu que o fenômeno da polarização ainda foi perceptível em Bauru. Entretanto, foi observado aumento na porcentagem de crianças livres de cárie, o que, de acordo com os autores, sugere que a política de saúde bucal da cidade tem efeito positivo e deve ser considerada para outras cidades. O primeiro grande declínio do índice de cárie, em 1990, foi relacionado ao fato de as crianças com 12 anos de idade neste ano, terem sido expostas à água fluoretada desde o seu nascimento, uma vez que a implementação desta ocorreu no ano de 1975. Da mesma forma, o segundo grande declínio, em 2001, foi relacionado ao acesso ao dentifrício fluoretado em 1988. Outro fator citado pelo autor, é o programa social "Sorria Bauru", implementado pela Faculdade de Odontologia de Bauru, em associação com a prefeitura do município, no ano de 1999. O programa educativo-preventivo conta com educação em saúde bucal para escolares, pais e professores, além de prevenção pelo uso de bochecho fluoretado

semana em crianças de 7 a 12 anos e escovação supervisionada em crianças de 3 a 6 anos, e consultórios odontológicos em 27 escolas da cidade.

Camargo et al.⁸ o objetivo deste estudo foi avaliar o acesso a fontes de fluoreto e as condições de saúde bucal de 237 escolares de nove a dezesseis anos, de três localidades com diferentes concentrações de fluoreto na água.

O teor de flúor na água de cada região foi analisado pela técnica do eletrodo seletivo para o íon flúor e a foi avaliada prevalência de cárie e fluorose, respectivamente, pelo índice CPO-D e TSIF, apresentando diferença estatisticamente significativa (ANOVA; $p < 0,05$) nas três localidades: área sem fluoretação artificial (CPO-D $5,32 \pm 3,49$) e 16% de fluorose; área com fluoretação artificial de 0,8 ppmF (CPO-D $1,88 \pm 2,22$) e 94% de fluorose; área com fluoretação natural de 2,54 ppmF (CPO-D $3,96 \pm 2,38$) e 100% de fluorose. Os achados sugerem que os indicadores epidemiológicos de saúde/doença bucal estudados são influenciados pela presença de fluoreto na água de consumo e que a supervisão e a orientação são fundamentais na correta utilização dos compostos fluoretados, aproveitando-se o máximo benefício no controle da cárie dentária com o mínimo risco de ocorrência de fluorose.

Camargo et al.⁸ estudou a prevalência de uso do flúor por qualquer motivo. Os principais preditores para consulta de rotina foram nível econômico mais elevado, mãe com maior escolaridade e ter recebido orientação sobre prevenção. Principais preditores para consulta por problema foram ter sentido dor nos últimos seis meses, mãe com maior escolaridade e ter recebido orientação sobre prevenção. Cerca de 45,0% das mães receberam orientação de profissionais dentistas de como prevenir cárie. Filhos de mães com história de maior aderência a programas de saúde tiveram maior probabilidade de ter feito uma consulta odontológica de rotina.

Pereira et al.⁹ este estudo objetivou verificar o impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a saúde bucal na população do Nordeste do Brasil de 12 municípios com mais de 100 mil habitantes. Tomou-se, como referência, 20 setores censitários, 10 inseridos em áreas cobertas pela saúde bucal na ESF há, pelo menos, um ano, emparelhados com 10 setores de áreas não cobertas. A amostra foi de 59.221 indivíduos. Foram considerados três efeitos possíveis: negativo, positivo e ausência de efeito sobre os desfechos, com base na razão de prevalência ajustada pela regressão de Poisson. Com relação aos resultados encontrados, verificou-se que, tanto o "acesso a ações preventivas coletivas" quanto o "tratamento da dor de dente" apontam para um efeito positivo no modelo de prática da saúde bucal na ESF. Porém, os desfechos

"cobertura de exodontia" e "tratamento restaurador" demonstraram efeito negativo ou sem efeito na maioria dos municípios pesquisados. Há indícios de que os resultados obtidos refletem os modelos de organização locais da saúde bucal na ESF.

Narvai et al.¹⁰ observou que um declínio relevante do CPO-D foi observado no período do estudo, sendo a hipótese explicativa mais plausível a elevação no acesso a água e creme dental fluorados e as mudanças nos programas de saúde bucal coletiva. Apesar da melhora, a distribuição da cárie ainda é desigual. Os dentes atingidos por cárie passaram a se concentrar numa proporção menor de indivíduos. Ademais, não se alterou a proporção de dentes cariados não tratados. 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 públicas no Brasil.

Para Meneghim et al.¹¹ a relação entre classificação socioeconômica e a prevalência de cárie e fluorose dentária em Piracicaba, São Paulo, Brasil. A classificação foi baseada na seleção de cinco indicadores (renda familiar mensal, número de pessoas residentes na mesma moradia, grau de instrução dos pais, tipo de habitação e profissão do responsável pela família), buscando-se por sistema de pontuação hierarquizar 812 escolares na idade de 12 anos em até seis classes sociais distintas. Para a determinação da prevalência de cárie e fluorose dentária, os voluntários foram examinados no pátio das escolas, sob luz natural e com espelho bucal, por dois examinadores previamente calibrados para os índices CPO-D.

Segundo Moreira et al.¹² a prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas em João Pessoa (PB), Brasil, e comparar a média de CPO-D com relação ao gênero, idade e nível de escolaridade da mãe. A amostra constou de 3.330 adolescentes de 12 a 15 anos de idade: 1.665 da rede pública e 1.665 da rede privada de ensino. Os critérios para avaliação do CPO-D foram os adotados pela OMS. A concordância de diagnóstico intra-examinadora foi aferida pelo teste Kappa (0,92). Para a análise estatística, foram utilizados os testes de MannWhitney e Kruskal-Wallis. A prevalência de cárie nas escolas públicas foi de 51,6% e de 9,3% nas privadas. A média de CPO-D no gênero feminino foi de 4,79 e de 3,46 no masculino, nas escolas públicas.

Ribeiro et al.¹³ avaliou a prevalência de cárie precoce na infância (ECC), em uma coorte de crianças de baixo nível socioeconômico estatuto aos 48 meses de idade em João Pessoa, Paraíba, Brasil, em relação às práticas de alimentação, comportamentos de saúde oral, exposição ao flúor, e defeitos de esmalte. 224 crianças foram examinadas clinicamente na posição do joelho-joelho no crianças casa sob luz natural, dentes eram secos e limpos com gaze e cárie. Questionários sobre higiene bucal para crianças e história dietética foram completadas pelos pais ou guardiães. O programa estatístico SAS foi utilizado com os testes de Mantel Haenszel. Os resultados mostrou uma prevalência de 10,7% e 33,0% para ECC e SECC, respectivamente. De todas as crianças examinados, 79,9% tinham pelo menos um dente com defeitos do esmalte. A Associação entre os defeitos de esmalte indica que alterações na superfície do esmalte pode causar a progressão da cárie dentária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, transversal, documental do tipo revisão integrativa. Foi realizada nas Bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed.

Critérios de inclusão dos pacientes

- Estarem publicados nas Bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed entre os anos de 2009 a 2019.
- Terem os artigos completos Free e com texto completo.
- Constarem as três palavras chave no mesmo documento.

Critérios de exclusão

- Duplicidade de artigos.
- Não ter relação com a temática.

Para procedimentos de levantamento de dados, foi realizada uma revisão integrativa, com base na proposta adaptada de Ganong (1987) na qual permeia as seguintes etapas:

Identificação da hipótese ou questão norteadora – consiste na elaboração de uma problemática pelo pesquisador de maneira clara e objetiva, seguida da busca pelos descritores ou palavras-chaves;

Seleção da amostragem – determinação dos critérios de inclusão ou exclusão, momento de estabelecer a transparência para que proporcione profundidade, qualidade e confiabilidade na seleção;

Categorização dos estudos – definição quanto à extração das informações dos artigos revisados com o objetivo de sumarizar e organizar tais informações;

Apresentação da revisão integrativa e síntese do conhecimento – devem-se contemplar as informações de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizada demonstrando as evidências encontradas;

Discussão e interpretação dos resultados – momento em que os principais resultados são comparados e fundamentados com o conhecimento teórico e avaliação quanto sua aplicabilidade.

No que tange ao levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados PubMed, SciELO (ScientificElectronic Library onLine), e Lilacs os critérios de inclusão já estabelecidos, a partir dos descritores: **Índice CPO, saúde bucal, etiologia**, constantes no DECS, indexados nas base de dados, publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro 2019, com textos disponíveis e acessados na íntegra pelo meio online nos idiomas português, inglês e/ou espanhol.

RESULTADOS

Tabela 1: Como itinerário para cômputo dos artigos foi utilizado:

	Scielo	Pubmed	Lilacs
Índice CPO	42	70	308
Saúde bucal	699	48.417	6.700
Etiologia	676	1.431.708	12.741
Índice CPO + saúde bucal	00	8	228
Índice CPO + etiologia	00	39	17
Índice CPO + saúde bucal + etiologia	00	04	12

Fonte: Do pesquisador, 2020.

Permaneceram para discussão 09 artigos que estivessem em consonância com critérios de inclusão e exclusão.

Na perspectiva de sumarizar e organiza as informações utilizou-se o instrumento de Nicolussi¹⁴ que identifica título, ano de publicação, periódico, disciplina, país, região, característica metodológicas.

Os dados da revisão integrativa foram tratados segundo análise de conteúdo proposto por Minayo¹⁵ com pré-categorias estabelecidas quais sejam:

Tabela 2: Artigos incluídos na revisão integrativa

Ano	Periódico	Local de publicação	Disciplina	Metodologia
2013		Brazilian Oral Research	Saúde coletiva	Estudo transversal em saúde bucal, definido como pesquisa epidemiológica.
2011		Revista Baiana de Saúde Pública	Saúde coletiva	Estudo transversal em saúde bucal definida como pesquisa epidemiológica.

Fonte: Do pesquisador, 2020.

DISCUSSÃO

Para que melhor se compreenda os dados obtidos na revisão Integrativa realizada, utilizou-se para discussão dos resultados análise de categoria, dada a partir categorias pré-estabelecidas, quais sejam:

Categoria 01: Índice de CPO em crianças de 12 anos

CPO-D: Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. A idade de 12 anos é adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador.

Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), moderado (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e mais).¹⁶ Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, frequentemente associadas as condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares. Também pode indicar limitado acesso ao flúor.

Lopes et al.¹⁷ avaliou que a presença de cárie está relacionada à higiene bucal e às condições sociodemográficas. A última pesquisa epidemiológica em saúde bucal, realizada em escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo, com uma amostra composta por 4.246 crianças de 12 anos de idade representativa de todos os distritos administrativos, indicou baixa prevalência de cárie em crianças de 12 anos (CPOD = 1,32). Essa associação sinalizou que as crianças podem apresentar maior probabilidade de risco em relação à lesões de cárie não tratada e, conseqüentemente, sofrer mais danos, dependendo da integração social de suas famílias. Mostrou também que 54,8% dos escolares desta idade estão livres de cárie.

Lopes et al.¹⁷ demonstra que uma das variáveis mais amplamente estudadas na caracterização das condições socioeconômicas é a renda familiar média. As crianças de 12 anos de idade cuja família possuía renda média inferior a 5 salários mínimos tiveram 4,18 mais chances de ter cárie grave do que as crianças de famílias com renda superior a 5 salários mínimos.

Vasconcelos et al.¹⁸ Um estudo feito em Feira de Santana, Bahia, relata que a cárie dentária está como o quarto problema de saúde coletiva mais importante referido pela população. A ausência de Programas de Saúde Bucal em algumas Unidades Básicas de Saúde é referida como o problema que ocupa o 10º lugar.

Categoria 02: Etiologia de dentes cariados, perdidos e obturados

A cárie está relacionada à desmineralização do dente, que ocorre quando espécies específicas de bactérias produzem ácidos que destroem o esmalte do dente sendo que a principal fonte de energia desses microrganismos é o açúcar, associadas à higiene inadequada. A cárie é uma doença multifatorial que afeta não apenas os hábitos alimentares e de higiene bucal das pessoas, mas também seus padrões de vida.¹⁷Evidências científicas mostraram que o alto consumo de doces, associado a uma baixa renda familiar, resulta em crianças com a forma mais grave da doença.¹⁷

Sendo uma doença crônica, a cárie dentária constitui um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil atingindo indivíduos de todas as faixas etárias e níveis sócio-econômicos. É assim, a cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, que ocasiona uma desmineralização das estruturas dentárias tendo como etiologia a ação de ácidos provenientes do metabolismo de carboidratos na placa bacteriana dentária, e que traz algum prejuízo ao indivíduo.¹⁹

Categoria 03: Cuidados profiláticos na higiene bucal e prevenção

Lopes et al.¹⁷ mostrou que uma maior exposição ao suprimento de água fluoretada e o uso de dentifrícios fluoretados têm sido os principais fatores responsáveis pela redução na prevalência de cárie. Escovar os dentes e usar fio dental regularmente, como forma de controlar a placa bacteriana e prevenir a cárie dentária, ainda não se tornou parte da rotina diária dessas crianças.¹⁷ Este estudo confirmou que a ausência desse comportamento é determinada socialmente, uma vez que a cárie é significativamente mais frequente em crianças de famílias com menor poder aquisitivo.

É possível a realização de políticas públicas efetivas e eficientes, que possam servir de base para um planejamento estratégico de ações em saúde no que se refere à cárie dentária nos escolares de 12 anos, contribuindo, dessa forma, com a melhoria da qualidade de vida desse grupo e para a divulgação científica do tema.¹⁸

Silva Bastos et al.⁷ abordam em seu estudo que o controle dos fatores relacionados ao desenvolvimento e progressão da doença cárie, como por exemplo o consumo de sacarose, a presença de microrganismos específicos, a condição sócio-econômica, o acesso aos cuidados odontológicos e os hábitos dos indivíduos é de fundamental importância para se obter uma redução significativa nos níveis de CPO-D.

O aumento da exposição ao flúor também é um fator de relevância no declínio destes níveis. Independente da fonte, a exposição ao flúor associada a outras medidas preventivas podem ser responsáveis para determinar uma redução dos índices CPO-D.

A fluoretação da água é uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública em relação a prevenção de cárie dentária. Desde que a população passou a ter acesso a água fluoretada notou-se uma melhora na saúde bucal da população e uma diminuição significativa do índice CPO-D.⁸

A fluoretação da água de abastecimento público foi reconhecida como uma das dez mais importantes conquistas da saúde pública no século XX. Um de seus atrativos seria o fato de não demandar a intervenção profissional do agente de saúde, nem outra iniciativa da população beneficiada com o simples fato de beber com frequência a água do sistema de abastecimento público, ou utilizá-la no preparo de alimentos. O flúor também pode ser ministrado por meio de aplicação tópica no consultório odontológico ou pelo uso rotineiro de dentifrício. Apesar de simples, é difícil que essas medidas atinjam a população de modo tão extenso e regular como a água fluoretada.^{1,20}

A higiene bucal é um componente fundamental da higiene corporal das pessoas. A higiene bucal visa à prevenção da doença cárie (quando for empregado dentifrício fluoretado) e da gengivite, através do controle continuado de placa pelo paciente com supervisão profissional, adequando a higienização à motricidade do indivíduo. Recomenda-se cautela na definição de técnicas “corretas” e “erradas”, evitando-se estigmatizações. A instrução de higiene deve ser desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal. Sua finalidade é a busca da autonomia com vistas ao autocuidado.²¹

CONCLUSÃO:

Dentro dos limites deste estudo, é possível concluir que o índice de CPO-D dos artigos selecionados foi considerado baixo. A importância dos estudos epidemiológicos como o índice de CPO-D, com o objetivo de traçar programas e ações que visem prevenir lesões de cárie, contribuindo para melhoria da qualidade de vida na infância.

Desta forma sugere-se que os profissionais não somente na atenção básica de saúde possam estar habilitados para realizar o índice de CPO-D mas que esta se torne uma prática de rotina no ambiente odontológico privado, para que o cirurgião-dentista embasado em evidência científica possa tornar o atendimento ao seu paciente com maior excelência, uma vez que um levantamento epidemiológico será como uma bússola norteadora de suas ações preventivas, contribuindo para a melhor qualidade de vida dos seus pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2006. 92p. II. Cadernos de Atenção Básica n.17.
- 3-CHAVES, S.C.L.; SILVA, L.M.V. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n. 5, p. 1119 –1131,2007.
- 4-AERTS, D.; ABEGG, C.; CESA, K. O papel do CD no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 131 – 138, 2004.
- 5- TERRERI, T. M.; SOLER, Z. A. Z. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 7, p.1581-1587, 2008
- 6-LEITE, F. R.M; FREIRE, M.; BARTOLOMEO, F. **Pesquisa Brasileira de odontopediatria**, v. 4, n. 3, p. 205-210, set.-dez. 2004.
- 7-SILVA BASTOS R, OLYMPIO KP, BIJELLA VT, BUZALAF MA, DE MAGALHÃES BASTOS JR. Trends in dental caries prevalence in 12-year-old schoolchildren between 1976 and 2001 in Bauru, Brazil. **Public Health**. 2005 Apr;119(4):269-75.
- 8-CAMARGO, M. B. J.; et al. Uso serviços odontológicos por pré-escolares. **Revista de saúde pública**, v.10, n 3, p. 295-303, 2011.
- 9-PEREIRA, C. R. S.; RONCALI, A. G.; CANGASU, M. C. T. et al. **Programa Saúde da Família;SaúdeBucal;Avaliação de Serviço de Saúde**; p. 449-462, 2012.
- 10-NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social.**Revista Panam Salud Publica**. 2006; v. 19, n. 6, p 385–93.
- 11-MENEGUIN, M. C.; KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C.; et al.Ciência e Saúde Coletiva, 2007; v. 2; n. 12, p. 523-529.
- 12-MOREIRA, P. V. L.; ROSENBLATT, A.; PASSOS, I. A. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007; v. 5, n. 12, p. 1229-1236.
- 13-RIBEIRO, A. G.; OLIVEIRA, F. A.; ROSENBLATT, A. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. nov/dez, 2005; p. 1695-1700.

14-NICOLUSSI, AC. Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: uma revisão integrativa. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, p. 209, 2008.

15-MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

16-MURRAY JJ. O uso correto de fluoretos na saúde pública. São Paulo: Editora Santos; 1992.

17-LOPES, Raquel Marianna et al. Fatores condicionais para cárie não tratada em crianças de 12 anos na cidade de São Paulo. **Braz. res oral**. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 376-381, agosto de 2013.

18-VASCONCELOS, B.; WERNER, C. et al. Associação entre severidade de cárie dentária e aspectos sociocomportamentais em escolares de 12 anos no município de Feira de Sanatana. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 35, p. 103, nov. 2011. ISSN 2318-2660.

19-LIMA JE. Cárie dentária: um novo conceito. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, 12 (6):119-130, nov./dez. 2007.

20-GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v. 10, n.11, p. 1-11. 1987.

21-BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.