

Avaliação do conhecimento dos pais e condição de saúde bucal de bebês de 3 a 36 meses

Evaluation of the knowledge of parents and oral health of babies aged 3 to 36 months

Liliane Dantas da Cruz¹

Sônia Maria Alves Novais¹

Sara Grinfeld²

Janaina Pereira de Lucena Menezes²

Correspondência: lilianedantas_16@hotmail.com

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a condição de saúde bucal de crianças na faixa etária de 3 a 36 meses, que frequentavam a Clínica de Bebês da Universidade Federal de Sergipe e, concomitantemente, avaliar a percepção e conhecimento de pais ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal na primeira infância. A amostra foi composta por 140 pessoas, sendo 70 pais ou responsáveis e 70 bebês de ambos os gêneros. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados um prontuário específico para a criança e uma entrevista objetiva. Foram observadas prevalências de 24,2% de crianças com lesão de cárie (19,7% meninos) e 16,5% com fratura dentária (10% meninas). Das crianças com lesão cárie e fratura dento-alveolar, 11% necessitaram de tratamento complexo. Quanto à percepção dos pais/responsáveis, foi detectado que a maioria deles demonstrou ter noção dos cuidados e práticas que devem ser realizados para manutenção da saúde bucal - 74% escovavam os dentes três vezes ao dia e 57% tinham o costume de ir ao dentista. Os resultados indicaram que ainda há uma alta prevalência da doença cárie na primeira infância (24,2%), no entanto, os pais/responsáveis estão mais conscientes da necessidade de que sejam implementadas medidas de higiene bucal o mais precoce possível.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia Preventiva. Educação em Saúde Bucal. Odontopediatria.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the oral health of children aged between 3 to 36 months, attending the Baby Clinic at the Federal University of Sergipe and, concomitantly, to assess the perception and knowledge of parents or caregivers about the oral health care in early childhood. The sample consisted of 140 people, 70 parents or guardians and 70 babies, of both genders. As instruments of data collection, we used a chart specific to the child and an objective interview. Prevalence rates were 24,2% of children (19,7% boys) with caries lesions and 16,5% (10% girls) with dental fractures. Children with caries lesions and dentoalveolar fractures, 11% required complex treatment. About parents / guardians perceptions, it was found that most of them were having an idea of care and practices that should be performed to maintain the oral health - 74% brushed their teeth three times a day and 57% had the habit of going to the dentist. The results indicated that there is a high prevalence of dental caries in early childhood (24,2%), however, parents / guardians are more aware of the need for measures to introduce oral hygiene as early as possible.

KEY WORDS: Preventive Dentistry. Health Education Dental. Pediatric Dentistry.

1 Universidade Federal de Sergipe, Aracajú-SE, Brasil

2 Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), Camaragibe-PE, Brasil

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Odontologia vem passando por mudanças que enfatizam cada vez mais a importância da prevenção. Uma dessas está direcionada ao atendimento precoce de crianças com o intuito de promover e manter a saúde bucal, possibilitando a prevenção de doenças, bem como a familiarização da criança e seus responsáveis com procedimentos voltados à saúde oral.

O atendimento odontológico precoce é realizado a partir do nascimento até os 36 meses. Nessa fase, a criança ainda não tem maturidade psicológica e coordenação motora suficientes que permitam a execução das atividades sozinhas, principalmente quanto à higiene dental e a escolha da dieta, tão presentes na multifatorialidade da cárie dental [1]. Dessa forma, a atenção à saúde bucal, ainda no 1º ano de vida, é enfatizada pela possibilidade de prevenir o aparecimento de sinais e sintomas da doença cárie ou, ao menos, minimizar sua incidência e extensão, além de contribuir para a manutenção da dentição decídua e favorecer o bem-estar da criança [2].

Da Silva (2007) [3] afirmou que o objetivo da Odontologia para bebês está focado na educação e prevenção, sendo a conscientização dos pais o ponto de partida para atingi-lo. A orientação do núcleo familiar, de acordo com Galindo (2003) [4], Simioni et al. (2005) [5], visa essencialmente tornar os pais corresponsáveis pela saúde dos seus filhos, através de atitudes simples e acessíveis à grande parte da população.

Segundo Bordon et al. (2004) [6], a parte educativa no primeiro ano de vida é atualmente uma responsabilidade do profissional da saúde, principalmente do pediatra e do odontopediatra. Esta educação deve estar voltada para os pais e, consequentemente, ser direcionada aos filhos. E é dentro desse contexto que o educador deve compartilhar seus conhecimentos de maneira a esclarecer e capacitar os pais de bebês para o entendimento das diversas doenças.

Kunh (2002) [7], Hanna et al. (2007) [8] ratificaram que o atendimento destinado ao bebê proporciona a motivação e aprendizagem dos pais em relação à saúde bucal, sendo considerado como a forma mais prática, simples, eficaz e de baixo custo para se realizarem programas de saúde pública. No entanto, no Brasil, por muito tempo o atendimento infantil esteve restrito à faixa etária escolar, recomendando-se, também, que mães e pais levassem seus filhos ao dentista, após os três anos de idade, pois se acreditava que a criança só poderia cooperar a partir dessa idade.

Apesar do enfoque dado à importância da prevenção, um grande número de crianças é acometido precocemente pela doença cárie, mesmo a cavidade bucal não sendo colonizada por bactérias cariogênicas antes da erupção dos primeiros dentes [6,9]. Os índices que essa patologia atinge na 1ª infância são surpreendentes, como demonstrado no levantamento epidemiológico brasileiro SB Brasil 2003, em que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentavam, pelo menos, um dente decíduo com experiência de cárie dentária [10].

Da mesma forma, o trauma dentário na dentição decídua também é muito comum devido à relação observada entre os fatores de crescimento e desenvolvimento físico e psíquico da criança [11,12]. Pesquisas revelaram que essa é uma das principais causas que levam a criança à primeira consulta odontológica [13].

Essas considerações conduziram à proposta desta pesquisa que foi a de avaliar as condições de saúde bucal de bebês na faixa etária de 3 a 36 meses, atendidos na Clínica de Bebês do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), bem como, conhecer qual a percepção de pais ou responsáveis em relação aos cuidados com a saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODO

Previamente à execução, a pesquisa foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFS, protocolo nº 0074.0.107.000-09. Foi realizada na Clínica de Bebês do Departamento de Odontologia da UFS, sendo incluídos bebês, bem como seus pais ou responsáveis legais, que estivessem comparecendo pela primeira vez a clínica de bebês e que tivessem concordado em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi constituída por um total de 140 pessoas, sendo 70 pais ou responsáveis e 70 bebês de ambos os gêneros, na faixa etária de 03 a 36 meses. A análise da amostra compreendeu os meses de Julho/2009 a Setembro/2009. Neste período foram avaliados os bebês que estavam comparecendo à clínica pela primeira vez. Após a conclusão da pesquisa, todas as crianças, inclusive as que participaram do estudo, continuaram os tratamentos através da marcação dos retornos, mantendo-se a rotina da clínica de bebês.

Anteriormente ao atendimento das crianças, os responsáveis legais foram entrevistados mediante aplicação de um questionário objetivo, visando detectar seus conhecimentos sobre a saúde bucal e sua importância, bem como promover a educação destes. Sequencialmente, a higiene bucal da criança foi realizada por meio de escovação ou gaze umedecida em soro fisiológico, de acordo com a presença ou não de dentes e não com o número de dentes, ou seja, nas crianças com ausência de unidades dentárias, a gaze umedecida em soro foi utilizada para higienizar a gengiva e língua do bebê. E nas que já possuíam dentes, realizou-se a escovação.

Em seguida, esta foi examinada na macri, iniciando-se pelo exame extrabucal seguido do exame intrabucal. A inspeção das superfícies dentárias deu-se de forma visual, com auxílio do odontoscópio, mantendo a superfície seca e sob iluminação artificial adequada. A avaliação foi realizada por uma pesquisadora, a qual utilizava as barreiras de proteção individual. Todos os dados coletados foram registrados no prontuário elaborado especialmente para esta pesquisa.

No caso dos bebês que necessitaram de tratamento, este foi instituído mediante autorização dos responsáveis legais. A necessidade de tratamento odontológico foi avaliada e classificada em quatro categorias: tratamento educativo/preventivo, tratamento simples, de média complexidade e complexo [14]. O tratamento educativo/preventivo foi indicado para todas as crianças. O tratamento simples requeria procedimentos não invasivos (terapia com produtos fluoretados). O tratamento de média complexidade envolvia a necessidade de restaurações de até 4 dentes com lesão de cárie. No tratamento complexo, mais de 4 cavidades deveriam ser restauradas, englobando também pulpotomia, pulpectomia e exodontia.

Após a coleta, os dados foram submetidos à análise descritiva percentual (regra de três simples) e armazenados em um sistema aplicativo Excel/Windows XP. Para avaliar a ocorrência de fratura dentária de acordo com os gêneros aplicou-se o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

Complementando a pesquisa, os pais foram orientados quanto à importância da higienização oral e esta demonstrada no bebê e em macromodelos, motivando-os a executarem corretamente a higienização bucal de seus filhos. Além disso, foram fornecidas orientações sobre alimentação saudável e prevenção de hábitos bucais deletérios.

RESULTADOS

Referindo-se à distribuição dos bebês por gênero e faixa etária (Tabela 1), observa-se que há um maior número de meninos (44) participando do estudo do que meninas (26), totalizando setenta crianças. Quanto à distribuição por faixa etária, 35% das crianças enquadravam-se na faixa de 24 a 36 meses, 33% estavam na faixa etária de 03 a 11 meses e 32% de 12 a 23 meses.

Tabela 1- Distribuição das crianças por gênero e faixa etária

Faixa etária (meses)	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
03 – 11	14	20%	9	13%	23	33%
12 – 23	13	19%	9	13%	22	32%
24 – 36	17	24%	8	11%	25	35%
Total	44	63%	26	37%	70	100%

Em relação à condição de saúde bucal, a Tabela 2 apresenta a distribuição das crianças quanto à presença de lesão cariada e fratura dentária, podendo esta ser de esmalte ou complexa (complicada da coroa). Nesse quesito foram avaliadas apenas crianças com presença de unidades dentárias para que não houvesse uma subestimação dos resultados obtidos, totalizando 66 crianças com unidades dentárias presentes. Nota-se que a incidência de lesão de cárie nas crianças foi de 24,2%, sendo que destas, 19,7% ocorreram em meninos. No que diz respeito à fratura dentária, utilizou-se o teste qui-quadrado e embora as ocorrências não tenham sido relevantes ao nível de significância de 5% ($p = 0,10$), 9% das meninas apresentaram fratura de esmalte, principalmente na faixa etária de 12 a 23 meses.

Tabela 2 - Condição de saúde bucal das crianças por idade e gênero

Discriminação	03 – 11	12 – 23	24 – 36	Total	Porcentagem
<i>Lesão de Cárie/Masc.</i>	0	5	8	13	19,7%
<i>Lesão de Cárie/Fem.</i>	0	1	2	3	4,5%
<i>Sem lesão de Cárie/Masc.</i>	14	7	6	27	41%
<i>Sem lesão de Cárie/Fem.</i>	9	5	5	19	28,8%
<i>Fratura de Esmalte/Masc.</i>	0	1	2	3	4,5%
<i>Fratura de Esmalte/Fem.</i>	0	4	2	6	9%
<i>Fratura Complexa/Masc.</i>	0	0	1	1	1,5%
<i>Fratura Complexa/Fem.</i>	0	0	1	1	1,5%

No tocante ao tipo de tratamento realizado nas crianças, observa-se na Tabela 3, que a maioria delas necessitava de tratamento simples (36%), ou seja, terapia com produtos fluoretados. O tratamento educativo/preventivo foi indicado para todas as crianças participantes da pesquisa (100%).

Tabela 3 - Distribuição das crianças de acordo com a necessidade de tratamento

Faixa Etária	Educativo/ Preventivo	Simples	Média Complexidade	Alta Complexidade
03 - 11	23	02	--	--
12 - 23	22	10	04	04
24 - 36	25	13	06	04
Total (%)	70 (100%)	25 (36%)	10 (14%)	08 (11%)

Quanto ao nível de percepção dos pais ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal dos bebês, questionando-se a idade ideal para o início da higiene bucal, os percentuais obtidos revelaram que a maioria dos pais, 63%, afirmou que, a higiene bucal deveria ser iniciada antes mesmo de surgirem os primeiros dentes da criança (Figura 1).

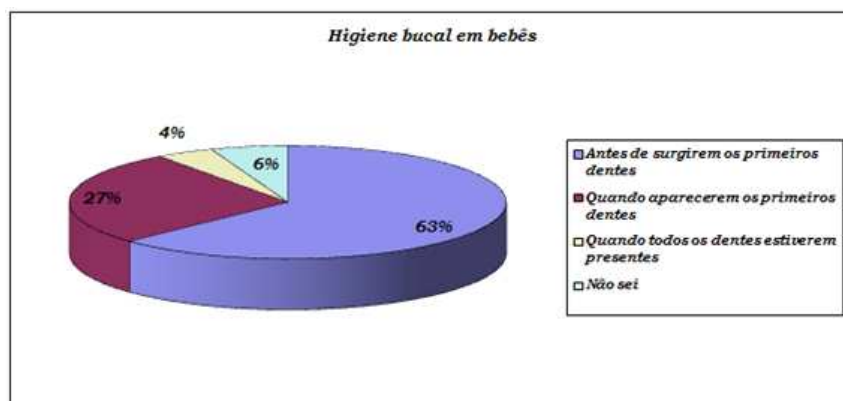


Figura 1 - Percepção dos pais/responsáveis quanto ao início da higiene bucal em crianças de até 3 anos

Abordando-se quando deveria ser a primeira consulta odontológica da criança, 60% dos pais ou responsáveis responderam que esta deveria acontecer quando aparecessem os primeiros dentes da criança, por volta dos 6 meses de idade e apenas 13% afirmaram desde o nascimento, 23%, declararam não saber a idade ideal (Figura 2).

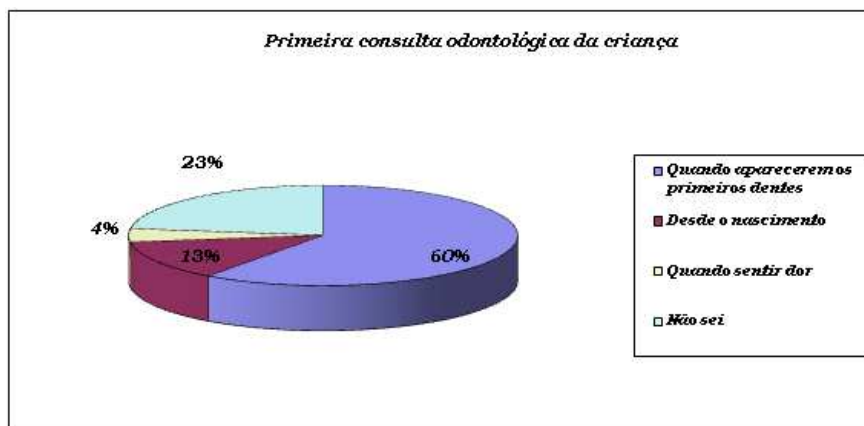


Figura 2 - Percepção dos pais/responsáveis quanto à necessidade da primeira consulta odontológica da criança

No que diz respeito à frequência de escovações realizadas diariamente na criança, constatou-se que 43% dos pais afirmaram escovar os dentes dos seus filhos três vezes por dia, seguido de 30% duas vezes, 21% uma vez e 6% ainda não tinham o hábito de higienizar a boca do bebê (Tabela 4).

Tabela 4- Avaliação dos pais/ responsáveis quanto à frequência de higiene bucal do bebê

Faixa Etária	01 vez por dia	02 vezes por dia	03 vezes por dia	Nenhuma
03 – 11	10	05	04	04
12 – 23	03	08	11	--
24 – 36	02	08	15	--
Total (%)	15 (21%)	21 (30%)	30 (43%)	04 (6%)

Em relação ao instrumento utilizado pelo pai ou responsável na higienização bucal do bebê, é notório que este varia de acordo com a idade da criança (Tabela 5). Neste estudo, observou-se que a escova ainda continua sendo o principal instrumento utilizado para esse fim, 68% dos pais fazem seu uso, seguido da gaze ou fralda (17%).

Tabela 5 – Avaliação dos pais /responsáveis quanto ao instrumento de higienização utilizado no bebê

Faixa Etária	Escova	Gaze/Fralda	Dedeira	Nenhum
03 – 11	01	12	06	04
12 – 23	22	--	--	--
24 – 36	25	--	--	--
Total (%)	48 (68%)	12 (17%)	06 (9%)	04 (6%)

Questionando-se quem realizava a higiene bucal na criança, 71% dos pais declararam serem os responsáveis pela higienização e 26% afirmaram que a criança era auxiliada por eles durante a higiene oral. Finalmente, questionando-se os hábitos de higiene oral dos próprios pais ou responsáveis pela criança, 74% declararam escovar os dentes três vezes ao dia, evidenciando que a maioria dos pais/ responsáveis participantes do estudo tinham bons hábitos de higiene oral. Em relação ao costume de ir ao dentista, 57% afirmaram visitá-lo regularmente (Figura 3).

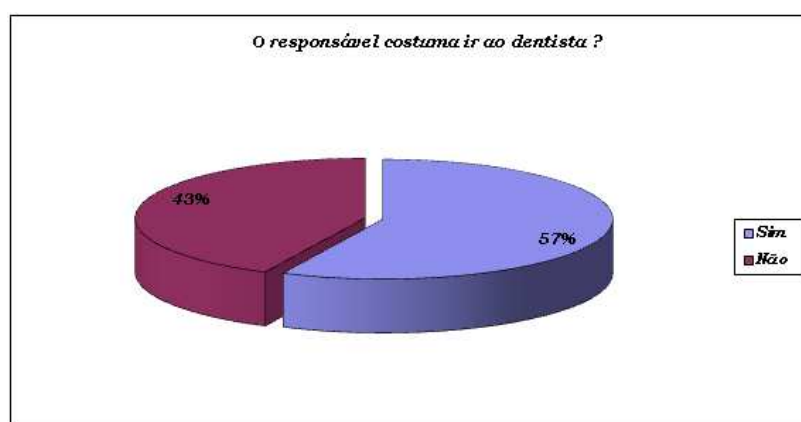


Figura 3 - Porcentagem de pais/ responsáveis que costumam ir ao dentista

DISCUSSÃO

Considerando-se o número de crianças incluídas no estudo (70) e em uma faixa etária tão jovem, avaliam-se os resultados como preocupantes, uma vez que 24,2% dos bebês que participaram da pesquisa apresentaram lesão de cárie. Dado este similar ao encontrado por Moimaz et al. (2005) [15], em que esta patologia foi identificada em 23,8% das crianças, e Rosenblatt & Zarzar (2004) [16], que registraram 28,4% de lesões cariosas em crianças de 12 a 36 meses. Por outro lado, os resultados demonstrados em outros estudos discordam desta pesquisa, pois a prevalência de cárie variou de 5,9% [4] a 9,8% [7,17], chegando ao índice de 57,45% [18]. Sugere-se que um dos possíveis fatores para o elevado índice de lesão de cárie encontrado no presente estudo (24,2%), esteja relacionado ao nível socioeconômico da amostra estudada aliado aos hábitos de higiene bucal ainda deficientes.

Referindo-se à doença cárie, destacou-se que 40% (10) das crianças na faixa etária de 24-36 meses apresentaram lesão de cárie, caracterizando o grupo de maior prevalência (Tabela 2), ao passo que, todas as crianças pertencentes ao grupo de 3-11 meses estavam livres da referida doença, semelhantemente aos dados obtidos por Santos & Soviero (2002) [19]. Isto pode ser atribuído a alguns fatores, como o fato de as crianças menores de seis meses em sua grande maioria serem desdentadas, não havendo a possibilidade de manifestar sinais dessa doença [18].

Em relação à fratura dento-alveolar, verificou-se o índice de 16,5% neste trabalho, tendo predominância à fratura de esmalte – 13,5% (Tabela 2). Similarmente Cunha et al. (2001) [13] relataram que 16,3 % da amostra de seu estudo tinham sofrido algum tipo de injúria traumática. No que diz respeito à idade, o grupo mais acometido foi o de 24 -36 meses (24%), diferentemente dos resultados obtidos pelos autores supracitados, que mostraram o percentual de 24,1% no grupo de 13 – 18 meses. Todavia, Kawabata et al. (2007) [12] enfatizaram que há uma tendência de aumento da frequência de trauma de acordo com a idade, corroborando os achados desta pesquisa.

Abordando-se a relação entre gênero e presença de trauma dentário nos bebês examinados, não se verificou resultado estatisticamente significativo (Tabela 2), da mesma forma que os estudos de Souza et al. (2008) [20]. No entanto, o presente estudo constatou um maior percentual de injúrias traumáticas no gênero feminino (10%), contrariando alguns dados da literatura [13,20,21].

Quanto ao tipo de tratamento instituído (Tabela 3), observou-se que a maioria das crianças necessitou de tratamento simples (36%), dado este similar ao encontrado por Wambier et al. (2004) [14], em que 37,8% das crianças participantes do estudo receberam o mesmo tipo de tratamento. Dado relevante, visto que a simples aplicação de produtos fluoretados denota um menor grau de severidade das condições de saúde bucal das crianças avaliadas.

Em relação aos cuidados com a saúde bucal, a American Academy of Pediatric Dentistry [25] recomenda que para que haja uma diminuição do risco de cárie dental e garantia da saúde oral da criança, medidas de higiene bucal devem ser implementadas antes mesmo da erupção do primeiro dente decíduo. Os dentes devem ser escovados pelo menos duas vezes por dia com a supervisão de um responsável, essa limpeza pode ser realizada com uma fralda ou escova macia o que irá ajudar na diminuição da colonização bacteriana.

Observou-se no que diz respeito à percepção dos pais ou responsáveis sobre os cuidados com a saúde bucal das crianças, que 63% dos entrevistados consideraram que a higiene bucal destas deveria ser iniciada antes de surgirem os primeiros dentes (Figura 1), semelhantemente aos resultados descritos por Faustino-Silva et al. (2008) [9] - 45%, Cruz et al. (2004) [22] - 50,8% e Simioni et al. (2005) [5] – 50%. Ferreira & Gaiva (2002) [23] por sua vez, afirmaram que muitas mães associam a necessidade de higiene bucal à presença de dentes. No entanto, praticam algum tipo de higiene bucal em seus bebês.

Abordando-se a frequência da escovação (Tabela 4), 43% (30) dos pais tinham por hábito proceder à escovação dos seus filhos três vezes ao dia, diferindo dos dados encontrados por Cruz, Gadelha et al. (2004) [22] e Moura et al. (2007) [24], cujos valores indicaram, respectivamente, que 42,4% e 45,9% dos pais escovavam os dentes de seus filhos duas vezes ao dia. Entende-se que, apesar dos pais/ responsáveis estarem cientes dos cuidados que devem ser realizados para manutenção da saúde bucal das crianças, grande parte deles não o realizavam, visto o elevado número de crianças com lesão de cárie.

No que diz respeito a quem executava a higiene bucal da criança, os resultados mostraram que a maioria dos pais (71%), era responsável por realizá-la e 26% realizavam-na conjuntamente (criança e pais). Esses dados discordam de alguns estudos, em que 48% dos pais afirmaram que a higiene era realizada pela criança auxiliada por um adulto [24] e 57% relataram que a criança teria capacidade de escovar seus dentes entre 1 e 3 anos de idade [9].

Verificou-se também que a escova é o instrumento de higienização mais utilizado nas crianças (Tabela 5) (68%), seguido da fralda (17%), em concordância com os dados assinalados por Cruz et al. (2004) [22], em que os resultados evidenciaram respectivamente os índices de 67,8% e 22%.

Em relação à idade ideal para a primeira consulta odontológica da criança, a maioria dos pais (60%) afirmou que esta deveria ir ao dentista assim que os primeiros dentes aparecessem na boca, ou seja, por volta dos seis meses. Mas, um número expressivo (23%) revelou não saber quando levar a criança à primeira consulta (Figura 2).

Em discordância, o estudo de Faustino-Silva et al. (2008) [9] mostrou que a maioria dos pais (35%) levava seus filhos ao dentista por volta dos dois e três anos de idade quando a dentição decídua já estava completa, ao passo que 17% relataram não ter idéia e 30% revelaram que até o primeiro ano de vida a criança deveria consultar o dentista [9].

Por fim, referindo-se aos hábitos de higiene dos pais ou responsáveis, observou-se que os pais participantes do estudo relataram ter bons hábitos de higiene oral, visto que 74% deles escovavam os dentes três vezes ao dia e 57% afirmaram ter o costume de ir ao dentista (Figura 3). Esses dados corroboram os resultados obtidos por Kunh (2002) [7], em que 78,51% escovavam os dentes três vezes ao dia e 86,06% visitavam o dentista. No entanto, diferem dos obtidos por Massoni et al. (2005) [26], em que dos 78 pais e responsáveis participantes do estudo, 57,6% consideraram que não estavam seguindo uma conduta adequada para manter seus dentes saudáveis.

Para Hanna et al. (2007) [8], bons hábitos de higiene oral são comuns quando valores de saúde bucal são aceitos como parte do estilo de vida da família e o exemplo dos pais é fundamental para que os filhos adquiram bons hábitos.

CONCLUSÃO

Conclui-se dessa forma, que a literatura é unânime em destacar que a educação dos pais ou responsável é o meio mais efetivo para se propagar a prevenção.

Este estudo verificou um elevado número de crianças com lesão de cárie (24,2%), no entanto, observou-se que a maioria dos pais tem noção dos cuidados que devem ser realizados para manutenção da saúde bucal de seus filhos e estão mais conscientes da necessidade da implementação de medidas de higiene bucal o mais precoce possível.

Diante do que foi exposto, a perspectiva é que cada vez mais diminuam os índices de crianças com lesão de cárie, pois verificou-se que os pais/responsáveis têm mostrado interesse em cuidar da saúde bucal de suas crianças e vêm aderindo precocemente a iniciativa da instalação de programas preventivos.

REFERÊNCIAS

1. Barros VER. *Atenção odontológica precoce: perfil, aceitação e motivação das mães pertencentes à área de adscrição de duas equipes de programa de saúde da família em Campo Grande*- MS. [Monografia de especialização em Saúde da Família]. Campo Grande: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2003.
2. Silva EL. Odontologia para bebês. *Revista Paraense de Medicina*. 2007, dez.; 21 (4): 53-57.
3. Da Silva JBOR. Conhecimento de profissionais e estudantes da área da saúde sobre odontologia para bebês. *Revista Espaço para a Saúde*. 2007, dez.; 9 (1): 36-42.
4. Galindo VAC. *Avaliação da influência da educação precoce em saúde bucal e do uso de dentífricos fluoretados sobre a prevalência de cárie dentária na primeira infância no município de Belém / Pará*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2003.
5. Simioni LRG, Comiotto MS, Rêgo DM. Percepções maternas sobre a saúde bucal de bebês: da informação à ação. *RPG*. 2005; 12 (2): 167-73.
6. Bordon AKCB, Bussadori SK, Arsati YBO, Imparato JCP. Levantamento epidemiológico da cárie dentária em crianças. *RGO*. 2004, out.; 52 (4): 256-260.
7. Kunh E. *Promoção da saúde bucal em bebês participantes de um programa educativo preventivo na cidade de Ponta Grossa PR*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
8. Hanna LMO, Nogueira AJS, Honda VYS. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. *RGO*. 2007, jul/set.; 55 (3): 271-274.
9. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persice 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.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, 2004.
11. Meira R, Barcelos R, Primo LG. Respostas do complexo dentino-pulpar aos traumatismos em dentes decíduos. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2003, jan./fev.; 6 (29): 50-5.
12. Kawabata CM, Sant'Anna GR, Duarte DA, Mathias MF. Estudo de injúrias traumáticas em crianças na faixa etária de 1 a 3 anos no município de Barueri, São Paulo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007, set./dez.; 7 (3): 229-233.
13. Cunha RF, Pugliesi DMC, Vieira AEM. Oral trauma in Brazilian, patients aged 0–3 years. *Dent Traumatol*. 2001; 17: 210–12.
14. Wambier DS, Bosco VL, Cuman V, Smiguel O, Eloy TC. Prevalência e distribuição de lesões de cáries em bebês. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2004, mar.; 10 (1): 15-22.
15. Moimaz SAS, Martins RJ, Forte FDS, Saliba NA. Oral hygiene practices, parents' education level and dental caries pattern in 0 to 5 years-old children. *Braz J Oral Sci*. 2005, jul./sept.; 4 (14): 778-82.

16. Rosenblatt A, Zarzar P. Breast-feeding and early childhood caries: an assessment among Brazilian infants. *Int J Paediatric Dent*. 2004; 14: 439-445.
17. Kunh E, Wambier DS. Incidência de lesões de cárie em bebês após 15 meses de um programa educativo-preventivo. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007, jan./abr.; 7(1): 75-81.
18. Volpato LEC, Figueiredo AF. Estudo da clientela do Programa de Atendimento Odontológico Precoce em um serviço público do município de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005, jan./mar.; 5 (1): 45-52.
19. Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras*. 2002, july/sept;16 (3): 203-8.
20. Souza DL, Neto JJSM, Gondim JO, Filho JGB. Prevalência de Trauma Dental em crianças atendidas na Universidade Federal do Ceará. *Rev Odonto Ciênc*. 2008; 23(4): 355-359.
21. Cardoso M, de Carvalho Rocha MJ. Traumatized primary teeth in children assisted at the Federal University of Santa Catarina, Brazil. *Dent Traumatol*. 2002; 18: 129-33.
22. Cruz AAG, Gadelha CGF, Cavalcanti AL, Medeiros P F V. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande –PB. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2004, set./dez; 4 (3): 185-9.
23. Ferreira ARC, Gaíva MAM. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe*. 2002; 4 (22): 485-9.
24. Moura LFAD, Moura M S, Toledo OA. Conhecimentos e práticas em saúde bucal de mães que frequentaram um programa odontológico de atenção materno-infantil. *Ciênc saúde coletiva*. 2007, jul./ago.; 12 (4): 1079-86.
25. Guideline on Infant Oral Health Care. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 2009, 31(6): 95-9.
26. Massoni ACLT, Forte FDS, Sampaio FC. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*. 2005; 34(4): 193-97.