

RETENÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE BUCAL EM UMA AMOSTRA DE ESCOLARES DE NOVA FRIBURGO

Knowledge retention about oral health in a sample of school children from Nova Friburgo



Autores:

Rhayanne Cordovil Siqueira

Aluna de Graduação do Curso de Odontologia

Instituto de Saúde de Nova Friburgo/ Universidade Federal Fluminense- Nova Friburgo

Michelle Mikhael Ammari

DDS, MSc, PhD Odontopediatria, Professora Adjunta de Odontopediatria

FFE- Departamento de Formação Específica, Universidade Federal Fluminense- Nova Friburgo

Marcia Rejane Thomas Canabarro de Andrade

DDS, MSc, PhD Odontopediatria, Professora Adjunta de Odontopediatria

FFE- Departamento de Formação Específica, Universidade Federal Fluminense- Nova Friburgo

Instituição de realização do Trabalho: Instituto de Saúde de Nova Friburgo – Universidade Federal Fluminense- Nova Friburgo

Endereço para correspondência:

Rhayanne Cordovil Siqueira

Endereço: Rua Marechal Deodoro, nº29, Centro – Nova Friburgo, 28625-730

Telefone: (22) 998379379

Email: rhayannesiqueira@id.uff.br



RESUMO

As medidas de orientação para a prevenção da cárie apoiam-se na educação em saúde bucal do paciente. Este trabalho avaliou a retenção do conhecimento sobre saúde bucal em escolares, antes e depois da realização de oficinas educativas. Após a aprovação no comitê de ética em pesquisa (CEP Nº2.987.965) este estudo foi realizado com crianças do ensino fundamental de uma escola pública em Nova Friburgo-RJ. Um questionário sobre práticas de higiene bucal e dieta, e conhecimento sobre as doenças bucais foi desenvolvido e aplicado antes da realização de oficinas educativas em saúde bucal e 15, 30, 60 e 90 dias após. A amostra foi de 136 escolares, 54,4% meninos e 45,6% meninas, com média de idade de 8,7 anos. Antes das oficinas as crianças relataram limpar seus dentes todos os dias (91,2%), pelo menos três vezes ao dia (60,3%), utilizando escova, pasta e fio dental (52,9%); 59,6% das crianças relataram saber o que causava a cárie antes das oficinas; 15 e 30 dias após as oficinas, os percentuais foram de 94,9% e 98,5%, respectivamente ($p < 0,05$), diminuindo para 58,8% após 60 dias. Para a gengivite, apenas 11,8% das crianças relataram saber a causa da doença antes das oficinas; 15 e 30 dias após os percentuais foram de 81,6% e 94,9%, respectivamente, diminuindo para 13,2% após 60 dias. Com base nos resultados observou-se uma diminuição na retenção do conhecimento após 30 dias da realização das atividades educativas, sugerindo que esta população deva receber um programa de educação em saúde bucal de forma continuada.

Palavras chaves: Cárie dentária, Saúde bucal, Educação em saúde.

ABSTRACT

Guidance measures for the prevention of caries are supported by education in the patient's oral health. This study evaluated the retention of knowledge about oral health in schoolchildren before and after educational workshops. After approval by the Research Ethics Committee (CEP No. 2,987,965) the study was carried out with elementary school children from a public school in Nova Friburgo. A questionnaire on hygiene and dietary practices and knowledge about oral diseases was applied before educational workshops on oral health and 15, 30, 60 and 90 days after. The sample consisted of 136 students, 54.4% boys and 45.6% girls, with an average age of 8.7 years. Before the workshops children reported cleaning their teeth every day (91.2%), at least three times a day (60.3%), using a brush, toothpaste and dental floss (52.9%); 59.6% of children reported knowing what caused decay before participating in the workshops; 15 and 30 days after the workshops the percentages were 94.9% and 98.5%, respectively ($p < 0.05$), decreasing to 58.8% 60 days after. For



gingivitis, only 11.8% of children reported knowing the cause of the disease before the workshops; 15 and 30 days after the percentages were 81.6% and 94.9%, respectively, decreasing to 13.2% after 60 days. Based on the results, there was a decrease in knowledge retention after 30 days of educational activities, suggesting that this population should receive an oral health education program on an ongoing basis.

Keywords: Dental caries, Oral health, Health education.

INTRODUÇÃO

A falta de conhecimento sobre a prevenção das principais doenças bucais tem sido considerada um obstáculo para a melhoria da saúde bucal (GETHAPRIYA E ASOKAN ET.AL., 2017). Os hábitos alimentares inadequados e a prática insuficiente de higiene bucal são os principais fatores relacionados com o desenvolvimento da cárie dentária e da doença periodontal. (SELWITZ E ISMAIL ET.AL, 2007)

No que se refere à cárie dentária, as medidas de aconselhamento para sua prevenção apoiam-se, fundamentalmente, na educação e motivação do paciente em relação à desorganização do biofilme, à restrição do consumo do açúcar e ao uso de fluoretos (WEYNE E HARARI, 2011). A presença de biofilme maduro associado à ingestão de uma dieta cariogênica (KEYES, 1960) torna o meio propício para o crescimento de bactérias responsáveis pela fermentação dos ácidos que desencadeiam o processo de desmineralização das superfícies dentárias (COSTALONGA E HERZBERG, 2014).

Os programas de educação em saúde bucal visam inicialmente promover o aumento do conhecimento e a diminuição dos fatores de risco para as doenças bucais, especialmente no que se refere às práticas de controle do biofilme dentário e ao consumo de uma dieta saudável (AQUILANTE E ALMEIDA ET.AL., 2003). A escola é um ambiente propício à realização de programas de promoção de saúde, pois durante a vida escolar crianças e adolescentes têm maior predisposição para a construção de condutas favoráveis à saúde. Os hábitos adquiridos durante esse período provavelmente estarão presentes nas próximas fases da vida (MIELE E BUSSADORI ET. AL., 2000). Sendo assim, a escola exerce forte influência na educação em saúde bucal, pois não há melhor ambiente do que o escolar para se adotar medidas de educação e prevenção, por ser a melhor época para a criança desenvolver hábitos alimentares e de higiene corretos, visto que os ensinamentos aprendidos nessa idade são



profundamente fixados e resistentes a alterações (GOSUEN, 1997). Portanto, a educação em saúde bucal realizada na escola tem um impacto positivo no conhecimento e no comportamento das crianças em relação à saúde bucal, (GEETHA PRIYA E ASOKAN ET.AL., 2019)

O conhecimento em saúde bucal deve ser explorado e avaliado repetidamente nas crianças e adolescentes em idade escolar. O objetivo dessa avaliação é identificar a retenção dos conceitos e das práticas relacionadas à prevenção das doenças e manutenção da saúde bucal, e, ainda, estabelecer o intervalo adequado para o reforço das informações e da motivação para a manutenção do autocuidado (GOSUEN, 1997). Sendo assim, o presente trabalho teve o objetivo de avaliar a retenção do conhecimento em saúde bucal de crianças e adolescentes escolares do ensino fundamental do município de Nova Friburgo, Rio de Janeiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi iniciada após a submissão e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do ISNF-UFF (CEP Nº 2.987.965) e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis das crianças autorizando a participação das mesmas. Este estudo de intervenção educativa, longitudinal, foi realizado com as crianças do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental da Escola Municipal Ruy Sanglard do município de Nova Friburgo-RJ, que foi escolhida por não pertencer ao Programa de Saúde Escolar (PSE) da Secretaria de Saúde de Nova Friburgo, no ano de 2019. As crianças cujos pais não autorizaram a participação no estudo, ou aquelas que se recusaram a preencher os questionários, parcial ou totalmente, ou ainda não participaram das oficinas educativas foram excluídas da pesquisa.

Antes do início da pesquisa foi realizado o teste do questionário elaborado para o estudo. O teste consistiu na aplicação do questionário para 10 crianças da mesma faixa etária do estudo para avaliação da compreensão das perguntas elaboradas. As crianças e adolescentes que responderam ao questionário na fase de teste não foram incluídas na amostra final do estudo.

Na primeira etapa do estudo foi feita a aplicação do questionário, especificamente desenvolvido para esse estudo, contendo com perguntas fechadas (múltipla escolha) e abertas sobre saúde bucal (Quadro 1), para os escolares, antes da realização das oficinas educativas. Os questionários foram distribuídos pela pesquisadora responsável para os alunos, que receberam orientações sobre o preenchimento dos mesmos.

**Quadro 1:** Questionário sobre saúde bucal

- 1 Você tem o hábito de limpar os dentes?
 Sim, todos os dias Sim, não todos os dias Nunca
- 2 Em que momentos você acha importante limpar os dentes?
 Pela Manhã À Tarde À Noite
 Manhã e tarde Manhã e noite Tarde e noite
 Manhã, tarde e noite
- 3 Com o que você acha que devemos limpar os dentes?
 Escova de dentes Fio dental Pasta de dentes
 Escova e fio dental Escova e pasta de dentes
 Escova, fio dental e pasta de dentes
- 4 Você já foi ao dentista?
 Sim Não Não sei responder
- 5 Você acha que comer doces faz mal para os dentes?
 Sim Não Não sei responder
- 6 Você acha que podemos comer doces? (biscoitos, bolos, refrigerantes)
 Nas refeições Como sobremesa Entre as refeições
 Não devemos comer Não sei responder
- 7 Você sabe o que é cárie?
 Sim Não Não sei responder
- 8 Você sabe o que causa cárie?
 Sim Não Não sei responder
Pra você qual seria a causa da cárie?
- 9 Você sabe o que é gengivite?
 Sim Não Não sei responder
- 9 Você sabe o que causa a gengivite?
 Sim Não Não sei responder
Pra você qual seria a causa da gengivite?
- 10 Você sabe o que é placa bacteriana?
 Sim Não Não sei responder
Se sabe, o que você acha que é a placa bacteriana?
- 11 Você sabe o que é flúor?
 Sim Não Não sei responder
Se sim, o que você acha que é o flúor?

Uma semana após a primeira aplicação do questionário os alunos receberam informações sobre saúde bucal através de oficinas educativas com apresentação de palestras, álbuns seriados e dinâmicas de educação em

saúde bucal com orientações sobre hábitos de higiene bucal adequados e práticas alimentares saudáveis, demonstração de escovação dentária em macromodelo e a realização de escovação supervisionada para instrução e treinamento da higiene bucal, adequados aos diferentes períodos escolares e faixas etárias. As etapas subseqüentes ocorreram com a reaplicação do mesmo questionário nos intervalos de 15, 30, 60 e 90 dias após a realização das oficinas educativas, seguindo o protocolo da primeira aplicação.

Os dados obtidos foram categorizados e avaliados utilizando o software estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences®, Versão 21.0, Chicago, EUA). Foram calculados os percentuais das respostas registradas e nos diferentes momentos de coleta dos dados e os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas. A diferença na proporção das respostas foi calculada através da aplicação do teste qui-quadrado, considerando nível de 95% de significância estatística.

RESULTADOS

Este estudo foi realizado em uma amostra de 136 crianças do ensino fundamental da Escola Municipal Ruy Sanglard de Nova Friburgo. Do total das crianças matriculadas na escola (n=206), 49 foram excluídas porque os pais não autorizaram a participação no estudo. Os dados de 21 participantes foram desconsiderados na amostra final do estudo porque as crianças não responderam às perguntas dos questionários aplicados em uma ou mais etapas da pesquisa. (Figura 1)

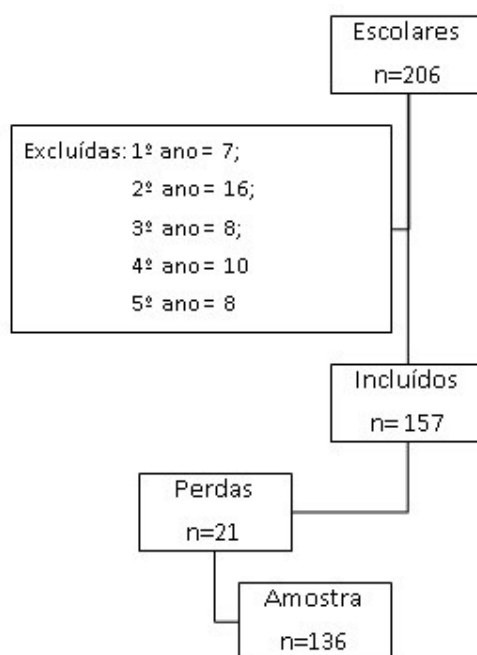


Figura 1: Fluxograma da população do estudo.

A média de idade da amostra total foi de 8,7 anos (dp \pm 1,65), sendo 74 (54,4%) do sexo masculino e 62 (45,6%) do sexo feminino. A distribuição das variáveis idade e sexo das crianças de acordo com o ano escolar está descrita na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição da média de idade e sexo de acordo com o ano escolar.

	Ano do Ensino Fundamental					
		1	2	3	4	5
Sexo n (%)	Masculino	16 (55,2)	9 (50,0)	16 (48,5)	16 (51,6)	17 (68,0)
	Feminino	13 (44,8)	9 (50,0)	17 (51,5)	15 (48,4)	8 (32,0)
Idade média \pm dp		6,68 \pm 0,47	7,55 \pm 0,51	8,54 \pm 0,50	9,48 \pm 0,50	11,32 \pm 0,69

De acordo com as características comportamentais da amostra, registradas na aplicação do questionário inicial, foi possível observar que em relação aos hábitos de higiene 91,2% (124/136) das crianças relataram que limpavam os dentes todos os dias, sendo que 60,3% (82/136) diziam realizar a limpeza três vezes ao dia: pela manhã, à tarde e à noite. Cerca de 53,0% (72/136) utilizavam para a prática de higiene escova, pasta de dente e fio dental. Em relação às visitas ao dentista, 82,4% (112/136) das crianças relataram já ter ido ao dentista, e 61,0% (83/136) relataram já ter tido dor de dente. Quando perguntadas sobre ingestão de doces 95,6% (130/136) das crianças relataram que comer doces faz mal para os dentes.

Quando as características comportamentais, em relação à ida ao dentista, dor de dente, e práticas de dieta e higiene foram analisadas, antes e depois da realização das oficinas educativas, foi observada diferença significativa no percentual das respostas afirmativas (Tabela 2).

Tabela 2: Respostas afirmativas sobre hábitos e comportamento em relação à saúde bucal

Perguntas	Antes	15 dias	30 dias	60 dias	90 dias
Dentista	82,4%	82,4%	82,4%	84,6%	83,1%
Dor de Dente*	42,6% ^a	96,3 ^b	94,9% ^c	55,1%	34,6%
Causa	Falta HO 13,2%	Cárie 80,1%	Cárie 81,6%	Falta HO 21,3%	Falta HO 10,3%
Doce faz mal*	95,6% ^a	25,7% ^b	39,0% ^c	98,5%	97,1%
	Não comer 40,4%	Sobremesa 80,1%	Sobremesa 83,1%	Sobremesa 48,5%	Sobremesa 35,3%
Limpeza Dentes Todos os dias	91,2%	100%	99,3%	91,9%	89,0%
	M/T/N 60,3%	M/T/N 97,1%	M/T/N 99,3%	M/T/N 83,8%	M/T/N 69,1%
Escova/Pasta/Fio	52,9%	91,2%	95,6%	66,9%	55,9%

*Dor de dente^{ab, ac}; Doces^{ab, ac}; Teste Qui-quadrado; p<0,05.

Com relação aos conhecimentos sobre cárie dentária, gengivite, placa bacteriana e flúor (Tabela 3), na aplicação que precedeu as oficinas educativas, 59,6% (81/136) relataram saber o que causava cárie e atribuíram a causa à dieta cariogênica. Nas aplicações de 15 e 30 dias após a apresentação das oficinas educativas observou-se um crescimento no percentual das respostas sobre o conhecimento em relação à causa da cárie para 94,9% (129/136) e 98,5% (134/136), respectivamente, diminuindo para 58,8% (80/136) após 60 dias. Ainda em relação à causa da cárie, as respostas 15 e 30 dias após as oficinas educativas concentraram-se na falta de higiene oral, sendo substituída por presença de bactérias 60 dias depois.

No que diz respeito à gengivite, 11,8% (16/136) afirmaram saber qual era sua causa da doença na primeira aplicação do questionário, atingindo 81,6% (111/136) e 94,9% (129/136) 15 e 30 dias depois da apresentação das oficinas educativas, respectivamente. Após 60 dias a frequência das respostas diminuiu para 13,2% (24/136). Nesse caso, apesar da principal causa apontada nas respostas ser a falta de higiene oral, independente do momento, observou-se que a frequência de respondentes aumentou nas aplicações do questionário de 15 e 30 dias após as oficinas educativas, e apresentou queda significativa nas aplicações seguintes (Tabela 3).

Em relação à placa bacteriana e ao flúor, foi observado um comportamento semelhante ao apresentado nas respostas das causas das principais doenças bucais, com maior percentual de respostas afirmativas durante as aplicações de 15 e 30 dias após as oficinas educativas, e queda na frequência e aumento na diversidade das respostas, após esse período (Tabela 3).

Tabela 3: Conhecimento sobre cárie, gengivite, placa e flúor

Perguntas	Respostas Afirmativas				
	Antes	15 dias	30 dias	60 dias	90 dias
Sabe o que é Cárie	71,3%	98,5%	99,3%	67,6%	58,1%
Causa*	59,6% ^a	94,9% ^b	98,5% ^c	58,8%	41,2%
	Dieta 28,7%	Falta de Higiene Oral 80,1%	Falta de Higiene Oral 83,8%	Bactérias 22,8%	Bactérias 23,5%
Sabe o que é Gengivite	29,4%	93,4%	98,5%	30,1%	16,2%
Causa*	11,8% ^a	81,6% ^b	94,9% ^c	13,2%	6,6%
	Falta de Higiene Oral 6,6%	Falta de Higiene Oral 73,5%	Falta de Higiene Oral 79,4%	Falta de Higiene Oral 8,8%	Falta de Higiene Oral 2,9%
Sabe o que é Placa*	16,9% ^a	85,3% ^b	95,6% ^c	15,4%	7,4% ^d
	Falta de Higiene Oral	Falta de Higiene Oral	Falta de Higiene Oral	Falta de Higiene Oral	Bactérias 1,5%

	6,6%	42,6%	65,4%	7,4%	
Sabe o que é Flúor*	28,7% ^a	88,2% ^b	80,1% ^c	24,3%	14,0% ^d
	Pasta 6,6%	Mineral 66,2%	Mineral 66,9%	Enxaguante 12,5%	Enxaguante 4,4%

*Cárie, Placa e Flúor^{ab, ac, ad}; Gengivite^{ab, ac}; Teste Qui-quadrado; p<0,05.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em uma escola do município de Nova Friburgo que foi selecionada por não fazer parte do Programa de Saúde Escolar (PSE) desenvolvido pela Secretaria de Saúde de Nova Friburgo e, portanto, não ter participado ou recebido previamente qualquer programa relacionado à educação em saúde bucal. Essa informação tem grande valor para a validade interna dos resultados, tendo em vista que o objetivo do trabalho foi não só avaliar o nível de conhecimento dos escolares sobre o tema, mas também, o quanto das informações fornecidas durante as oficinas ficavam retidas e por quanto tempo. Dessa forma, é possível que os resultados suportem as inferências sobre a população alvo, em relação à validade interna dos dados. Entretanto, devido ao tamanho da amostra e considerando a validade externa dos resultados da pesquisa, a possibilidade de extrapolar os resultados para outras populações deve ser analisada com parcimônia.

Com relação às características comportamentais, foi possível observar que as respostas registradas dos participantes em relação aos hábitos de higiene bucal e de dieta estavam de acordo com o que é orientado, antes mesmo da apresentação das palestras e oficinas educativas. Isto significa que, mesmo que a escola não tenha participado previamente de um programa de educação em saúde bucal, a maioria dos alunos relataram ter informações adequadas em relação às questões do autocuidado e dieta, informações essas provavelmente disponibilizadas pela mídia ou pelos professores. É importante salientar, entretanto, que a informação disponível nas grandes mídias não chega a todas as camadas da população da mesma forma, e pode não ser apreendida de modo a produzir autonomia em relação aos cuidados com a saúde (PAULETO E PEREIRA ET.AL., 2003).

Outro aspecto que deve ser salientado é que quando utilizamos o questionário como instrumento de medida de conhecimento deve-se considerar o viés de informação, ou seja, a tendência de um participante responder o que é socialmente aceitável, não traduzindo, necessariamente, o que é realizado na prática (CASANOVA-ROSADO E MEDINA-SOLIS ET.AL., 2005). Por esse motivo, as questões relacionadas à prática do autocuidado e aos hábitos alimentares não foram analisadas antes e depois das atividades educativas,

sendo essas características descritas com base nos dados iniciais, coletados durante a primeira aplicação do questionário.

No que diz respeito às informações sobre saúde bucal, quando perguntados se sabiam o que é a cárie, gengivite, placa e flúor, os resultados apresentaram aumento das respostas “Sim”, nas aplicações 15 e 30 dias após a apresentação das oficinas educativas. Em contrapartida, percebeu-se uma queda significativa na frequência das respostas afirmativas nas aplicações de 60 e 90 dias após as atividades dessas oficinas. Esse dado demonstra que, após um mês da realização das atividades de educação em saúde bucal, os alunos sinalizaram um desinteresse sobre o assunto e tiveram uma variação maior nas respostas.

De acordo com as respostas sobre a causa da cárie, observou-se diferença antes e depois da realização das oficinas educativas, sendo percebida uma concentração das respostas atribuindo à falta de higiene como causa, nos períodos de aplicação dos questionários 15 e 30 dias após a realização das atividades educativas, reforçando que as respostas se tornaram variadas quanto maior o tempo decorrido desde a participação nas atividades de educação em saúde. Em relação à causa da gengivite, placa e flúor, os resultados foram muito semelhantes, observando-se uma discrepância nas respostas na primeira aplicação do questionário em comparação com as respostas 15 e 30 dias após as oficinas, mas com expressivo desinteresse dos participantes em responder sobre o assunto após 60 dias.

As estratégias de educação em saúde podem ter como objetivo aumentar o conhecimento, mudar comportamentos e estimular as práticas adequadas de autocuidado e dieta. Esse tem sido o foco da maioria das estratégias tradicionais de educação em saúde (FELDENS E KRAMER, 2013). Sendo assim, as atividades educativas realizadas no presente trabalho foram elaboradas para disponibilizar as informações referentes à etiologia das principais doenças bucais, instruções sobre higiene bucal e dieta alimentar, adequando as atividades à faixa etária e nível de desenvolvimento intelectual de cada turma. No entanto, em se tratando de saúde bucal, assim como em outras áreas, a melhora no conhecimento não implica automaticamente em uma melhora em atitudes (VACHIRAROJPISAN E SHINADA ET.AL., 2005). Além disso, não foram aplicados índices e indicadores que pudessem mensurar os parâmetros clínicos capazes de registrar essas mudanças. De qualquer forma, não foi objetivo do presente estudo avaliar o efeito do conhecimento na diminuição dos níveis das doenças bucais e sim a retenção das informações disponibilizadas por meio de atividades educativas.

De maneira geral, considerando a etiologia das doenças bucais mais prevalentes na população infantil, as estratégias para o controle dessas doenças e manutenção da saúde bucal não podem prescindir da implementação do conceito de educação em saúde (FELDENS E KRAMER, 2013). Além disso, é preciso que as medidas de educação e prevenção em saúde bucal sejam desenvolvidas periodicamente, respeitando o tempo necessário para o reforço do conhecimento e motivação individual ou coletiva.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos na amostra estudada pode-se concluir que houve uma diminuição na retenção do conhecimento após 30 dias da realização das atividades educativas, sugerindo que esta população deva receber um programa de educação em saúde bucal de forma continuada, com periodicidade mensal, para a retenção das informações sobre saúde bucal e práticas adequadas de autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gethapriya PR, Asokan S, Kandaswamy D. Comparison of Oral Health Status and Knowledge on Oral Health in Two Age Groups of Schoolchildren: A Cross-sectional Study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2017 Oct/ Dec 10;4:340-45.
2. Selwitz RH, Ismail AI, Pitts NB. Dental caries. *Lancet*. 2007 Jan 6;369(9555):51-9. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60031-2. PMID: 17208642.
3. Weyne SC, Hararil SG. Cariologia: implicações e aplicações clínicas. In: Baratieri LN, (editor). *Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades*. São Paulo: Editora Santos. 2011 1:3-26.
4. Keyes PH. The infectious and transmissible nature of experimental dental caries: findings and implications. *Arch Oral Biol*. 1960 4; 1:304-20.
5. Costalonga M, Herzberg MC. The oral microbiome and the immunobiology of periodontal disease and caries. *Immunol Lett*. 2014 Dec 200; 162: 22-38.
6. Aquilante AG, Almeida BS, De Castro RFM, XavierCRG, Peres SHC, Bastos JRM. The importance of dental health education for



- preschoolchildren. Rev. Odontol. UNESP, São Carlos, 2003 Jan/Jun 1; 32:39-45.
7. Miele GM, Bussadori SK, Imperato JCP, Guedes-Pinto AC. Música e motivação na odontopediatria. J Bras Odontopediatri Odontol Bebê. 2000 15; 3:414-23.
 8. Gosuen LC. A importância do reforço constante na conscientização e motivação em higiene bucal. Rev Paul Odontol: 1997 19;5:30-2.
 9. Geetha Priya PR, Asokan S, Janani RG, Kandaswamy D. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: A systematic review. Indian J Dent Res. 2019 May-Jun;30(3):437-449. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_805_18. PMID: 31397422.
 10. Pauleto ARC, Pereira MLT, Ciryno EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciênc.saúde coletiva 2003 1; 9: 121-30.
 11. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solis CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sanchez AA, Maupomé G, Ávila-Burgos L. Dental caries and associated factors in Mexican schoolchildren aged 6-13 years. Acta Odontol Scand 2005 4; 63: 245-51.
 12. Feldens CA, Kramer PF. Cárie dentária na infância: uma abordagem contemporânea. São Paulo, Santos. 2013.
 13. Vachirarojpisan T; Shinada K; Kawagushi Y. The process and outcome of a programme for preventing early childhood caries in Thailand. Community Dent Health 2005 22:253-59.