

Conhecimento de mães sobre saúde bucal na infância Knowledge of mothers about oral health in childhood

*Luciane Campos Gislon(1); Elisabete Rabaldo Bottan(2);
Camila Oselame Staimbach(3); Carlyne Rafaeli(4)*

1 Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0186-6848> | E-mail: lucampos@univali.br

2 Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6576-7988> | E-mail: erabaldo@gmail.com

3 Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6078-6522> | E-mail: camilaoselame@outlook.com

4 Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, Itajaí - Santa Catarina - Brasil.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5551-1831> | E-mail: carolynerafaeli@hotmail.com

Journal of Oral Investigations, Passo Fundo, vol. 6, n. 2, p. 10-20, Jul.-Dez. 2017 - ISSN 2238-510X

[Recebido: Ago. 09, 2017; Aceito: Fev. 23, 2018]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-510X.2017.v6i2.2081>

Endereço correspondente / Correspondence address

Luciane Campos Gislon
Rua Uruguai, 485, Centro.
Itajaí - Santa Catarina – Brasil

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*
Editor-chefe: Aloísio Oro Spazzin

Como citar este artigo / How to cite item: [clique aqui!/click here!](#)

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento sobre saúde bucal de um grupo de mães de diferentes condições socioeconômicas. **Métodos:** O estudo descritivo transversal envolveu 187 mães de crianças matriculadas na rede municipal de ensino básico, em um município do oeste de Santa Catarina. O instrumento de coleta de dados foi um questionário. Para a classificação socioeconômica foi adotado o indicador da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - 2014. Para a análise da associação entre nível de conhecimento e situação socioeconômica utilizou-se o teste do qui-quadrado, a um nível de significância de 5%. **Resultados:** A idade média do grupo de mães/responsáveis que integrou a pesquisa era de 33,5 anos. Com relação à condição socioeconômica, 24% pertenciam à classe A, 52,5% à classe B e 23,5% à classe C. O número de filhos variou de 1 a 4 por mãe. Com relação às fontes de informação sobre saúde bucal, as participantes de todas as classes socioeconômicas citaram em maior frequência o Cirurgião-Dentista. O bom nível de conhecimento foi o mais frequente em todas as classes socioeconômicas, no entanto, esta frequência reduz em função da condição socioeconômica ($p=0,002$). O pior desempenho do grupo foi em relação ao item sobre a idade recomendada para que a criança realize sua higiene bucal sem o acompanhamento de um adulto. O melhor desempenho foi para a questão sobre a influência da dieta alimentar na saúde bucal. **Conclusão:** No grupo investigado foi evidenciado que a situação socioeconômica interferiu no nível de conhecimento.

Palavras-chave: Conhecimento, Promoção da Saúde, Mães

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge about oral health in a group of mothers of different socioeconomic conditions. **Methods:** The cross-sectional descriptive study involved 187 mothers of children enrolled in the municipal school system, in a municipality in the west of Santa Catarina. The data collection tool was a questionnaire. For the classification of socioeconomic condition was adopted the indicator of the Brazilian Association of Research Companies – 2014. The chi-square test was used to analyze the association between the knowledge level and socioeconomic situation. **Results:** The mean age of the group of mothers/guardians that comprised the study was 33.5 years. Regarding the socioeconomic condition, 24% belonged to class A, 52.5% to class B and 23.5% to class C. The number of children ranged from 1 to 4 per mother. With regard to oral health information sources, the participants of all socioeconomic classes cited the Dental Surgeon more frequently. Good knowledge was the most frequent in all socioeconomic categories; however, this frequency reduces in function of socioeconomic status ($p\leq 0.002$). The worst performance of the group was in relation to the item on the recommended age for the child to perform their oral hygiene without the accompaniment of an adult. The best performance was for the question about the influence of diet on oral health. **Conclusion:** In the investigated group it was evidenced that the socioeconomic situation interfered in the level of knowledge.

Keywords: Knowledge, Health Promotion, Mothers

Introdução

A cárie na infância tem sido muito discutida por ser um problema de saúde pública, que afeta crianças de diferentes regiões do mundo, porém, com maior prevalência em grupos de baixo nível socioeconômico. A cárie precoce é uma doença crônica que pode afetar os dentes decíduos a partir de sua erupção na boca. A ocorrência de consequências indesejáveis, como dor e infecção, é frequente, além do que pode determinar perda da função mastigatória, alterações no desenvolvimento da dentição e da linguagem, problemas de estética, afetando a convivência social da criança e até trauma psicológico (1-4).

Uma precária saúde bucal decorre de diversos fatores, incluindo má distribuição de renda, desemprego, baixa escolarização e inadequado sistema de atenção odontológica (1-4). Os principais fatores relacionados à incidência de cáries em crianças com dentição decídua são: pouca idade da mãe, residir na zona rural, histórico de cáries dos pais, maus hábitos de higiene bucal da mãe, consumo de açúcar pela criança antes dos dezoito meses de idade, entre outros (3-5).

Assim, é necessário que os pais tenham conhecimentos adequados sobre saúde bucal para atuar na promoção da saúde de seus filhos. O conhecimento e a atitude dos pais podem influenciar positivamente na saúde bucal de suas crianças. Ações de promoção de saúde bucal voltadas à infância devem priorizar a educação dos pais, auxiliando na construção de hábitos saudáveis. A família tem um importante papel, pois, contribui significativamente para o desenvolvimento de crenças, ideias, valores e atitudes (1,2,6-11).

Tendo em vista a importância da família, e em especial da mãe, no cuidado para com a saúde da criança e a possibilidade de que fatores socioeconômicos contribuem para o desenvolvimento da cárie dental, esta pesquisa foi proposta com o objetivo avaliar o conhecimento sobre saúde bucal na infância de um grupo de mães de diferentes classes socioeconômicas, em um município localizado na região sul do Brasil.

Os resultados da pesquisa se constituirão em indicadores para o replanejamento das ações educativas e preventivas pela equipe de saúde bucal do município onde se efetivou a coleta de dados. Acredita-se, também, que as reflexões decorrentes deste trabalho podem colaborar para fomentar as discussões sobre a formação do cirurgião-dentista quanto a sua atuação em práticas educativas voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas em diferentes faixas etárias.

Materiais e Métodos

A pesquisa descritiva, do tipo transversal, mediante coleta de dados primários teve como população-alvo as mães de crianças matriculadas em estabelecimentos de educação infantil, mantidos pela rede de ensino municipal, no perímetro urbano do município de Coronel Freitas (Santa Catarina), sul do Brasil.

De acordo com informações da Prefeitura Municipal, o município localizado na região Oeste de Santa Catarina, em 2010, contava com uma densidade populacional de 43,65hab/Km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,744, considerado como alto. O município está dividido em vinte e seis comunidades e a cidade é composta por oito bairros. A estrutura etária da população para a faixa do nascimento até 19 anos representava, em 2010, 28,8% da população total (12).

Com relação à educação infantil mantida pelo governo municipal, que abrange a creche (crianças de 0 a 3 anos de idade) e a pré-escola (crianças de 4 a 5 anos de idade), em 2014, na área urbana do município, a matrícula era de 410 alunos distribuídos em onze turmas, em três escolas (12).

Para fins deste estudo, foi definido que a população-alvo seria composta pelos responsáveis por estas 410 crianças. A amostra não probabilística, obtida por conveniência, foi constituída por 187 mães/responsáveis. Adotou-se como único critério de inclusão o aceite por livre e espontânea vontade manifestado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O instrumento, obtido junto ao estudo de Campos *et al.* (13), foi pré-testado em um grupo de 39 mães, em estudo-piloto, com a finalidade de verificar se o conteúdo das questões era perfeitamente compreendido. Estes sujeitos e os respectivos instrumentos não foram incluídos na pesquisa. Com base nos resultados do piloto, foram efetuados dois ajustes nas questões. A questão sobre o que causa cárie do instrumento original foi desdobrada em duas (uma enfocando a etiologia da cárie e a outra abordando a transmissibilidade da cárie). E, também, foi acrescentado um tópico sobre a idade recomendada para que a criança possa efetivar a higiene bucal sem o acompanhamento de um adulto.

O questionário está estruturado em três partes. Na primeira, constam itens relacionados à caracterização da amostra (idade; número de filhos; e fontes de informações sobre saúde bucal). A segunda parte contém onze questões referentes ao domínio cognitivo, tendo como tema aspectos da saúde bucal na infância. A terceira parte do questionário aborda tópicos para classificar a situação socioeconômica da amostra, conforme Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (14). Este critério de classificação econômica segue um sistema de atribuição de pontos de acordo com a quantidade de determinados itens de posse e grau de escolaridade.

Para a determinação do nível de conhecimento foram definidos os seguintes critérios: **Bom nível** – para um número de acertos entre 11 e 8 questões; **Médio nível**

– para um número de acertos entre 7 e 5 questões; e **Baixo nível** – para um número de acertos inferior a 5 questões.

A coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2015. Uma pesquisadora participou de reuniões entre pais e professores das turmas de creche e de pré-escola, das escolas municipais na área urbana, convidando as mães a participar da pesquisa. Após o consentimento formal da participante, foi solicitado que ela respondesse a um questionário, de forma anônima e autoaplicável. A responsável pela aplicação do instrumento de coleta de dados foi orientada quanto aos cuidados éticos e para que não exercesse qualquer interferência, quando da emissão de respostas pelas mães/responsáveis pesquisadas.

Para se identificar a associação entre nível de conhecimento e situação socioeconômica, foi utilizado o teste não paramétrico qui-quadrado. Foram consideradas como diferenças significativas aquelas definidas por um “p” crítico igual ou menor que 0,05 ($p \leq 0,05$).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados os preceitos éticos da resolução 466/12. O projeto foi, previamente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVALI e aprovado pelo parecer 981.143.

Resultados

A idade média do grupo de mães/responsáveis que integrou a pesquisa era de 33,5 anos. Com relação à condição socioeconômica, 24% pertenciam à classe A, 52,5% à classe B e 23,5% à classe C. O número de filhos variou de 1 a 4 por mãe.

Quanto ao conhecimento das participantes, identificou-se que o bom nível foi o mais frequente em todas as classes socioeconômicas (Tabela 1), no entanto, esta frequência reduz em função da condição socioeconômica. Pelo teste do qui-quadrado, houve associação estatisticamente significativa entre nível de conhecimento e situação socioeconômica ($p=0,002$).

Tabela 1. Nível de conhecimento das mães segundo a Condição Socioeconômica (CSE)

	Nível Conhecimento							
	Baixo		Médio		Bom		Total	
CSE	N	%	N	%	N	%	N	%
A	5	11	15	33	25	56	45	100
B	36	37	10	10	52	53	98	100
C	14	32	10	23	20	45	44	100
Total	55	29	35	19	97	52	187	100

$p=0,002$

Com relação às fontes de informação sobre saúde bucal, as participantes de todas as classes socioeconômicas citaram em maior frequência o Cirurgião-Dentista (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência relativa (%) para cada fonte de informação segundo o nível socioeconômico das mães

Fontes de Informação	A	B	C
Cirurgião-Dentista	33,3	43,1	53,7
Família	11,1	8,6	7,4
Meios de comunicação	21,4	20,8	16,7
Leitura	23,0	16,8	9,3
Outros	11,1	10,7	13,0

A frequência de acertos de cada questão do domínio cognitivo de forma globalizada, isto é, sem considerar a classe social, pode ser observada na tabela 3.

Tabela 3. Frequência (%) de acertos das questões do domínio cognitivo

Conteúdos	% Acertos
A dieta alimentar influencia na saúde bucal	98,4
Função do flúor	89,3
Conceito placa bacteriana	80,7
Etiologia multifatorial da cárie	79,7
Quantidade creme dental para escovação	62,0
Acesso ao flúor	57,2
Remoção da placa bacteriana	55,1
Frequência ideal do uso do fio dental	54,0
Consumo de alimentos doces	50,8
Transmissibilidade da cárie	29,4
Idade da criança para realizar sua higiene bucal sozinha	26,7

Discussão

A instituição familiar é a base para o desenvolvimento social, psicológico e emocional da criança, participando da formação de sua personalidade. No âmbito familiar, são construídos valores, são estabelecidos os cuidados básicos para com a saúde da criança e as primeiras noções de higiene. O primeiro vínculo que se cria é com a mãe, deste modo, é atribuído à figura materna um importante papel na promoção da saúde e prevenção das doenças de seus filhos (5,8-10,13).

Vários estudos indicam que há uma associação entre a condição socioeconômica, nível de conhecimento e situação da saúde bucal das crianças. Fatores como condição social, baixa renda, profissão e idade da mãe foram associados ao aparecimento da doença cárie em crianças (2-5,9-11,13-20).

Esta associação relatada pela literatura também foi identificada no grupo pesquisado. Não obstante a maioria das mães de diferentes classes socioeconômicas apresentarem um bom nível de conhecimentos se identificou que a frequência deste nível decresce em função da classe socioeconômica. Dentre as possíveis explicações para o bom nível de conhecimento destas mães, estão o alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) do município, que tem no campo da Educação o maior fator de crescimento, e a satisfatória estrutura de atenção básica em saúde. No entanto, há que se considerar, também, o tipo de amostra (acidental), que não permitiu uma similaridade do número de mães em cada classe socioeconômica.

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de que, em todas as classes socioeconômicas, a principal fonte para obtenção de conhecimentos sobre saúde bucal é o cirurgião-dentista. Acredita-se que, neste município, haja um comprometimento dos profissionais em atuar na educação e promoção da saúde, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que deve estar contribuindo para os bons resultados em relação ao nível de conhecimento destas mães.

No entanto, muito embora a maioria das participantes deste estudo tenha afirmado que recebe orientações sobre saúde bucal do cirurgião-dentista, há que se destacar a necessidade de se avaliar o modo como este repasse está ocorrendo, uma vez que os dados analisados denotam a existência de lacunas que devem ser superadas. Portanto, faz-se necessário promover uma discussão reflexiva com os cirurgiões-dentistas no sentido de se construir uma prática educativa que não se limite à transmissão fragmentada de conceitos (21).

Dentre estas lacunas, apontamos algumas. Um expressivo percentual (98,4%) sabe que a dieta alimentar influencia na saúde bucal, no entanto, quando se abordou sobre como deve ser o consumo de doces, o índice de acertos decresceu (50,8%). A frequência de acertos para o conceito de placa bacteriana foi alta (80,7%), porém o mesmo não ocorre com o tópico sobre como se pode remover a placa bacteriana, cuja frequência de acertos foi de 55,1%. Quanto à função do flúor, 89,3% foi o percentual de acertos, no entanto, para as fontes de acesso ao flúor, o índice cai para 57,2%.

O entendimento de que a remoção da placa bacteriana deva ser feita exclusivamente pelo cirurgião-dentista, o não reconhecimento de que a água de abastecimento público é uma fonte de acesso ao flúor e a percepção de que o fio dental deve ser usado apenas quando existem alimentos entre os dentes são aspectos que precisam ser mais bem abordados nos programas de orientação destas mães.

O baixo índice de acertos referente ao tópico sobre idade em que a criança pode realizar de modo independente a sua higiene bucal é lastimável, pois o acompanhamento da higiene bucal de crianças por um adulto é de extrema importância para a manutenção de uma boca saudável. A higienização da boca da criança deve ser supervisionada pelos pais até o momento em que a criança adquira controle dos movimentos finos, o que ocorre entre os seis e nove anos de idade (2,22).

A escovação dos dentes de crianças em idade pré-escolar deve ser realizada por um dos pais, pelo menos, duas vezes por dia, usando uma escova macia e de tamanho apropriado para idade. Já, o fio dental deve ser iniciado quando os contatos proximais se desenvolvem (6, 23).

A criança geralmente quer realizar a higiene de sua boca sozinha. É importante que isso seja respeitado e incentivado, contudo os pais devem ser orientados para refazer o processo após a criança realizar a escovação, pois a motricidade fina de uma criança, antes dos seis anos de idade, está pouco desenvolvida e a higiene não será realizada de forma adequada. O adulto, quando bem orientado, poderá explicar e ajudar a criança a executar a higiene adequadamente e também orientá-la quanto aos cuidados com a deglutição do dentifrício (22).

É inegável que nos últimos anos tem ocorrido ampliação do conhecimento da população acerca da saúde bucal, porém, ainda há muito a ser esclarecido com relação a este tema. Portanto, pais/responsáveis necessitam ser constante e adequadamente informados para que possam atuar de modo eficaz na prevenção das doenças bucais. O conhecimento, a crença e as atitudes em relação à saúde bucal dos pais influenciam no comportamento saudável dos seus filhos (6,7,8,11,22,24).

A capacitação da família é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento de hábitos de autocuidado, independente do nível socioeconômico. No entanto, há que se considerar que o nível socioeconômico interfere no acesso à informação, como apontado por diversos autores. Sendo assim, é de extrema importância a oferta de programas de educação em saúde para pais/responsáveis de crianças de todas as classes sociais (3-5,9,10,13,15-20).

A educação em saúde é uma das atribuições dos profissionais da área da saúde e deve integrar a rotina das Equipes de Saúde da Família (ESF). Nas últimas décadas, as atividades educativas têm sido valorizadas e vêm ganhando espaço prioritário nas ações cotidianas dos serviços de saúde. A educação em saúde deve ser um processo interativo, multiprofissional e multissetorial, que objetive estimular o autocuidado e a autoestima dos indivíduos, das famílias e da comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações conscientes de atitudes e condutas (8,21).

Programas educativos de promoção à saúde mostram-se efetivos por possuírem baixo custo operacional e alcançarem grande parcela da população (18). O planejamento de ações educativas pelas equipes de saúde deve considerar a condição familiar e contar com a participação do cirurgião-dentista para que sejam repassadas informações sobre escovação e hábitos alimentares, importância da manutenção da dentição decídua, acompanhamento da dentição mista, preservação dos elementos permanentes (2,8). Como uma parcela das pesquisadas apresentou dificuldades conceituais, sugere-se que o cirurgião-dentista atue mais efetivamente em ações de educação em saúde para pais/responsáveis de crianças, independentemente de sua condição socioeconômica.

Considerações finais

O nível de conhecimento quanto à saúde bucal na infância apresentou diferenças em função da condição socioeconômica, no grupo avaliado. Identificou-se que no grupo de classe socioeconômica mais elevada (A) a frequência do bom desempenho cognitivo foi mais alta, quando comparada com a obtida pelas classes B e C.

Embora, para algumas questões, tenhamos encontrado um adequado nível de respostas entre as participantes deste estudo, é evidente que as lacunas identificadas devam ser sanadas. Portanto, é relevante que o cirurgião-dentista, juntamente com outros profissionais da área da saúde, promova ações de educação em saúde bucal voltadas às mães e/ou responsáveis de crianças.

Referências

1. Cangussu MC, Cabral MBBS, Mota ELA, Vianna MIP. Fatores de risco para a cárie dental em crianças na primeira infância, Salvador - BA. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2016; 16(1):57-65.
2. Areias C, Macho V, Raggio D, Melo P, Guimarães H, Andrade C et al. Cárie precoce da infância – o estado da arte. **Acta Pediatr** 2010; 41(5):217-21.
3. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2):116-23.
4. Losso EM, Tavares MCR, Silva JYB, Urban CA. Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *J. Pediatr. (Rio J)* 2009; 85(4): 295-300.
5. Medeiros PB, Otero SA, Frencken JE, Bronkhorst EM, Leal SC. Effectiveness of an oral health program for mothers and their infants. *Int J Paediatr Dent*. 2015; 25(1):29-34.
6. Al-Zahrani AM, Al-Mushayt AS, Otaibi MF, Amjad H, Wyne AH. Knowledge and attitude of Saudi mothers towards their preschool children's oral health. *Park J Med Sci [Internet]*. 2014 [acesso em 31 Jul 2017]; 30(4):720-4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25097504>>.
7. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. *Revista Cubana de Estomatología* 2012; 49(1):47-54.
8. Martins, CLC; Jetelina, JC. Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo da consulta odontológica. *J Oral Invest* 2016; 5(1): 27-3.
9. Nourijelyani K, Yekaninejad MS, Eshraghian MR, Mohammad K, Rahimi-Foroushani A, Pakpour A. The influence of mothers' lifestyle and health behavior on their children: an exploration for oral health. *Iran Red Crescent Med J*. 2014; 16(2):e16051.
10. Wigen TI, Wang NJ. Parental influences on dental caries development in preschool children. An overview with emphasis on recent Norwegian research. *Nor. Epidemiol*. 2012; 22(1):13-9.
11. Winnier JJ, Mehta S, Parmar A, Bhatia R. Pediatric dental procedures: a survey of knowledge and attitudes of parents. *Int J Dent Health Sci* 2015; 2(5):1171-82.
12. Prefeitura Municipal de Coronel Freitas. Secretaria Municipal de Educação, Cultura e Esportes. Plano Municipal de Educação 2015 a 2025. Coronel Freitas(SC); maio 2015.
13. Campos L, Bottan ER, Birolo JB, Silveira EG, Schmitt BHE. Conhecimentos de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul – SC. *RSBO* 2010;7(3):287-95.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa-ABEP. Critério padrão de classificação econômica – Brasil/2014. 2014. [acesso 2014 Jun 28]. Disponível em: <<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>.

15. Almeida AL, Barbosa AMF, Menezes VA, Granville-Garcia AF. Experiência de cárie entre mães e filhos: influência de fatores socioeconômicos e comportamentais. *Odontol. Clín.-Cient.* 2011; 10(4):373-9.
16. Figueira TR, Leite ICG. Conhecimentos e práticas de pais quanto à saúde bucal e suas influências sobre os cuidados dispensados aos filhos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2008; 8(1):87-92.
17. Gigliotti MP, Theodoro D, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. *Salusvita* 2007; 26(2):169-77.
18. Guarienti CA, Barreto VC, Figueiredo MC. Conhecimento dos pais e responsáveis sobre saúde bucal na primeira infância. *Pesq. bras. odontoped. integr.* 2009; 9(3):321-5.
19. Guitoku CM, Guitoku SK. Conhecimento e percepção de mães da Unidade de Saúde Vila Verde em Curitiba- PR em relação à higiene bucal de seus bebês. *Revista Gestão & Saúde* 2010, 1(2):27-36.
20. Theodoro DS, Gigliotti MP, Oliveira TM, Silva SMB, Machado MAAM. Fator socioeconômico e o grau de conhecimento das mães em relação à saúde bucal dos bebês. *Odontol. clín.-cient.* 2007; 6(2):133-7.
21. Bottan ER, Tremea JP, Gomes P, Uriarte Neto M. Educação em saúde: concepções e práticas de cirurgiões-dentistas da estratégia de saúde da família. *Unimontes Científica* [Internet]. 2016 [acesso em 25 Jul 2017]; 18(2):25-35. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/412>>.
22. Silva DDF, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS. *Rev. Odonto ciênc.* 2008; 23(4):375-9.
23. American Academy of Pediatric Dentistry-APD. Guideline on infant oral health care. *Clinical Practice Guidelines* [Internet]. 2014 [acesso em 31 Jul 2017]; 37(6):146-50. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_infantoralhealthcare.pdf>.
24. Shetty RM, Deoghare A, Rath S, Sarda R, Tamrakar A. Influence of mother's oral health care knowledge on oral health status of their preschool child. *Saudi J Oral Sci* 2016;3(1):12-6.