

Associação entre idade na primeira consulta odontológica e tipo de tratamento dentário realizado em pacientes infantis: estudo transversal

Association between age of the first dental visit and type of dental treatment performed in infant patients: a cross-sectional study

Taís de Ró¹

Jéssica Christ²

Leonardo Lima Locatelli³

Caroline Pietroski Grando⁴

Bruno Emmanuelli⁵

Simone Tuchtenhagen⁶

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre idade na primeira consulta odontológica e o tipo de tratamento dentário realizado em pacientes infantis por meio de um estudo transversal que avaliou registros em prontuários odontológicos. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada por meio de prontuários de pacientes de 0-5 anos atendidos em uma Clínica Escola de Odontologia, de março de 2014 a julho de 2018, com registro de informações referentes às características dos participantes e procedimentos odontológicos realizados. Para a análise dos dados, foram calculadas medidas descritivas e posteriormente os dados foram ajustados em um modelo de regressão logística; o desfecho foi o tipo de procedimento realizado, dicotomizado em tratamentos não-invasivos (fluoterapia e/ou restauração) e invasivos (endodontia e/ou exodontia). **Resultados:** Foram avaliados prontuários de 210 crianças, com média de idade na primeira consulta de 38 meses (DP=14,5). Fluoterapia e/ou restauração foram realizados em 74,8% das crianças, enquanto tratamentos invasivos foram realizados em 25,2% da amostra. A análise ajustada indicou um incremento (OR = 1,03, p = 0,027) na chance de realização de tratamentos invasivos com o aumento da idade das crianças na primeira consulta odontológica. **Conclusão:** Quanto maior a idade das crianças na primeira consulta, maior a chance de terem recebido um tratamento invasivo. Ressalta-se a importância da consulta odontológica nos primeiros meses de vida, com a finalidade de prevenção e manutenção da saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde bucal; Odontopediatria; Cárie Dentária; Assistência Odontológica.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v27i1.11299>

¹ Cirurgiã Dentista - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Erechim-RS, Brasil.

² Cirurgiã Dentista - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Erechim-RS, Brasil.

³ Acadêmico - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Erechim-RS, Brasil.

⁴ Doutora - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Erechim-RS, Brasil.

⁵ Doutor – Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Estomatologia, Curso de Odontologia, Santa Maria-RS, Brasil.

⁶ Doutora - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Erechim-RS, Brasil.

Introdução

A saúde bucal é considerada um componente importante relacionado à saúde geral¹ e, nesse sentido, a literatura tem sido clara ao demonstrar o impacto negativo que condições bucais adversas podem gerar sobre o bem-estar de crianças de tenra idade e de suas famílias².

A cárie na primeira infância (do inglês, Early Childhood Caries - ECC), caracterizada pela presença de pelo menos uma lesão de cárie (lesão inicial ou cavitada), superfície perdida ou restaurada (em razão da doença cárie) em dentes decíduos, em uma criança de até 6 anos de idade³, é considerada um problema de saúde pública, afetando mais de 530 milhões de crianças no mundo⁴. Dados do último levantamento de saúde bucal no Brasil mostraram uma prevalência de 53% de crianças de 5 anos de idade com experiência de cárie. Além disso, o estudo mostrou uma média de 2,43 dentes afetados pela doença nessa faixa etária, sendo que as lesões de cárie avançadas, cavitadas em dentina, representam 80% desses dentes⁵.

Estudos prévios têm demonstrado que ações de prevenção e a detecção e tratamento precoces de lesões de cárie e outras condições bucais adversas são capazes de melhorar a saúde bucal de crianças, gerando impacto positivo sobre sua saúde geral e qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{6,7}. Nesse sentido, a Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD⁶) e a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOPED⁸) recomendam, em suas publicações, que a primeira consulta odontológica para exame da cavidade bucal e orientação com foco em promoção de saúde e prevenção de doenças em crianças se dê entre 6 e 12 meses de idade^{6,8}.

Embora exista essa orientação quanto à idade ideal para a primeira visita do bebê ao consultório odontológico, estudos em diferentes países tem reportado uma baixa prevalência de consultas no período recomendado^{9,10}. Além disso, tem sido observado um aumento na prevalência de ECC tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento⁴; da mesma forma, observa-se um incremento de lesões de cárie com o aumento da idade⁴. Assim, tem sido argumentado que, quanto mais cedo ocorrer a visita odontológica da criança, menor é sua necessidade de tratamento e, conseqüentemente, menores os custos envolvidos nesses tratamentos, quando necessários^{3,11}.

Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo avaliar a associação entre idade na primeira consulta odontológica e o tipo de tratamento realizado em pacientes infantis atendidos em uma Clínica Escola de Odontologia de uma Universidade no Sul do Brasil.

Materiais e método

Preceitos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – Campus Erechim (CAAE: 96949018.0.0000.5351).

Coleta de dados

Este estudo transversal foi realizado por meio da avaliação de prontuários pertencentes a pacientes de 0 a 5 anos atendidos no período de março de 2014 a julho de 2018 em uma Clínica Escola de Odontologia de uma Universidade no Sul do Brasil.

A referida clínica abriga, em suas dependências, um Centro de Especialidades Odontológicas e, de forma conveniada ao Sistema Único de Saúde, fornece atendimento odontológico nas mais diversas áreas. O atendimento odontopediátrico é feito em diferentes disciplinas de graduação; a Clínica Escola atende cerca de 3.000 pacientes por ano, e a disciplina de Clínica de Bebês, que atende à faixa etária de 0-5 anos, recebe cerca de 60 pacientes anualmente.

Cada prontuário odontopediátrico foi examinado e as seguintes informações foram coletadas: identificação, data de nascimento, idade na primeira consulta odontológica (em meses), escolaridade da mãe (em anos de estudo), renda familiar mensal, acompanhamento pré-natal, tempo gestacional (em semanas), tipo de parto, peso ao nascer (em gramas), aleitamento materno, uso de mamadeira, escovação com dentífrico fluoretado, além do registro dos tratamentos realizados (fluoroterapia, restauração, endodontia, exodontia).

As variáveis que representam características socioeconômicas da família, bem como as relacionadas ao nascimento da criança, foram avaliadas como possíveis confundidores da associação entre idade na primeira consulta e tipo de tratamento realizado na criança.

Análise estatística

Os dados foram analisados com auxílio do pacote estatístico STATA14. Foi realizada análise descritiva, e o desfecho foi o tipo de tratamento recebido. O principal preditor foi a idade da criança na primeira consulta odontológica, analisado de forma contínua, em meses.

As opções de tratamento registradas nos prontuários foram fluoroterapia, restauração, endodontia e exodontia; posteriormente, essas opções foram categorizadas em tratamentos não-invasivos, que compreendem a fluoroterapia e as restaurações (uma vez que esse tipo de procedimento nem sempre demanda o uso de anestesia local e isolamento absoluto), e tratamentos invasivos, caracterizados pelas endodontias e exodontias.

Para a análise dos fatores associados à realização de tratamentos invasivos, os dados foram ajustados em um modelo de regressão logística. A análise não ajustada dos dados comparou a chance de ocorrência do desfecho nas categorias dos preditores, isoladamente. Posteriormente, no modelo ajustado, foram inseridas, pelo método *stepwise*, todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise não ajustada ou que têm associação com o desfecho documentada na literatura. As variáveis foram mantidas no modelo final se apresentassem $p < 0,05$ ou contribuíssem para melhor ajuste das estimativas.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características do nascimento, dados demográficos, socioeconômicos e clínicos da amostra. Foram avaliados prontuários de 210 crianças, dos quais 50% eram meninas; a média de idade na primeira consulta odontológica foi 38 meses (DP=14,5); apenas 9 (4,3%) crianças tinham 12 meses ou menos na primeira consulta odontológica.

Em relação ao nível socioeconômico dos avaliados, a renda média das famílias foi de cerca de R\$2.000,00 (DP=1075,52) mensais, o que corresponde a aproximadamente 2 salários mínimos: 82,4% das famílias avaliadas recebia 2 salários mínimos ou mais mensalmente, enquanto 17,6% recebia valor inferior a esse. Em relação aos anos de estudo das mães, 72,9% havia estudado 8 anos ou mais, o que corresponde ao ensino fundamental completo, enquanto 27,1% delas não havia completado essa etapa, tendo menos de 8 anos de estudo.

O acompanhamento pré-natal foi relatado por todas as mães. O tempo gestacional médio foi de 38 semanas, sendo que 34 crianças (18,6%) haviam nascido pré-termo, isto é, antes da 38ª semana. Ainda em relação às características do nascimento das crianças, o peso médio ao nascimento foi de 3,160kg (DP=0,6), e 17 crianças (13,6%) foram classificadas com tendo baixo peso ao nascimento, isto é, peso inferior a 2,500kg. Quanto ao tipo de parto, a maioria das crianças (52,7%) havia nascido de cesárea, enquanto 47,3% das crianças haviam nascido de parto normal.

Em relação à amamentação, cerca de 31 crianças (15,3%) receberam aleitamento materno por menos de 6 meses ou não foram amamentadas no peito; 98 (48,3%) foram amamentados por mais de 6 meses e menos de 2 anos, enquanto 76 (36,4%) receberam amamentação natural além dos 2 anos. Quanto à mamadeira, 36,3% dos avaliados nunca usou, enquanto 18,1% usou até os 3 anos e 45,6% usou mamadeira além dessa idade. A realização de escovação dentária com dentifrício fluoretado foi relatada em 81,3% dos prontuários avaliados.

Os tratamentos registrados nos prontuários indicam que 48,6% das crianças receberam fluoroterapia, 58,1% delas fez alguma restauração, 18,1% receberam tratamento endodôntico e 13,8% passaram por exodontia. Esses procedimentos foram categorizados, e observou-se que 74,8% das crianças realizaram tratamento não invasivo, enquanto 25,2% delas realizaram tratamentos invasivos).

Tabela 1 – Características ao nascimento: demográficas, socioeconômicas e clínicas da amostra – 210 crianças com idade da primeira consulta de 0 a 5 anos, Erechim-RS.

Variável	Média	DP
Idade da criança na primeira consulta odontológica (contínua)	38,0	14,5
Variável	n	%
Sexo		
Feminino	105	50,0

Masculino	105	50,0
Escolaridade materna		
Mais de 8 anos de estudo	153	72,9
Até 8 anos	57	27,1
Renda familiar*		
R\$2000,00 ou mais	173	82,4
Menos de R\$2000,00	37	17,6
Tempo gestacional		
A termo ou pós-termo	149	81,4
Pré-termo	34	18,6
Tipo de parto		
Normal	97	47,3
Cesárea	108	52,7
Peso ao nascer		
Normal	108	86,4
Baixo peso	17	13,6
Aleitamento materno		
Menos de 6 meses/nunca	31	15,3
De 6 meses a 2 anos	98	48,3
Mais de 2 anos	74	36,4
Mamadeira		
Nunca usou	74	36,3
Usou até 3 anos	37	18,1
Usou mais de 3 anos	93	45,6
Escovação com dentifrício fluoretado		
Sim	152	81,3
Não	35	18,7
Tratamento recebido**		
Fluorterapia	102	48,6
Restauração	122	58,1
Endodontia	38	18,1
Exodontia	29	13,8
Tipo de tratamento***		
Não invasivo	157	74,8
Invasivo	53	25,2

*Variável dicotomizada com base no valor da média de renda.

**Porcentagens referentes ao total de participantes.

***Tratamento não invasivo: fluoroterapia e/ou restauração; Tratamento invasivo: endodontia e/ou exodontia.

Fonte: autores.

A Tabela 2 apresenta os fatores associados à realização de tratamentos invasivos nas crianças. A análise não ajustada indicou uma associação entre a idade na primeira consulta, renda familiar e tipo de parto e a realização de tratamentos invasivos. Após o ajuste, permaneceu associada ao desfecho apenas a idade da primeira consulta: houve um incremento (OR = 1,03, $p = 0,027$) na chance de realização de tratamentos invasivos com o aumento da idade das crianças na primeira consulta odontológica, isto é, quanto maior a idade das crianças na primeira consulta, maior a chance de terem recebido um tratamento invasivo. Mantiveram-se no modelo, para ajuste, a renda familiar, o uso de mamadeira e a escovação dentária com dentifrício fluoretado, sem associação estatisticamente significativa.

Tabela 2 – Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados à realização de tratamentos invasivos (endodontia e/ou exodontia) – 210 crianças com idade da primeira consulta de 0 a 5 anos, Erechim-RS.

Variável	Procedimentos invasivos		Procedimentos invasivos	
	OR não ajustada	P	OR ajustada	P
Idade na primeira consulta		0,002		0,027
Contínua	1,04		1,03	
Sexo				
Feminino	1			
Masculino	0,75			
Escolaridade materna		0,392		
Mais de 8 anos de estudo	1			
Até 8 anos	1,34			
Renda familiar*		0,063		0,209
R\$2000,00 ou mais	1		1	
Menos de R\$2000,00	2,04		1,72	
Tempo gestacional		0,701		
A termo ou pós-termo	1			
Pré-termo	1,17			
Tipo de parto		0,032		
Normal	1			
Cesárea	0,50			
Peso ao nascer		0,526		

Normal	1			
Baixo peso	1,42			
Aleitamento materno		0,800		
Menos de 6 meses/nunca	1			
De 6 meses a 2 anos	1,30			
Mais de 2 anos	1,08			
Mamadeira		0,501		
Nunca usou	1		1	
Usou até 3 anos	1,03		0,93	0,890
Usou mais de 3 anos	0,69		0,70	0,370
Escovação com dentifrício fluoretado		0,746		0,582
Sim	1		1	
Não	0,87		1,30	

* Variável categorizada com base no valor de média de renda na amostra.

Fonte: autores.

Discussão

Este estudo teve por objetivo avaliar a idade na primeira consulta odontológica e sua associação com os tratamentos realizados em crianças atendidas em uma Clínica Escola de Odontologia de uma Universidade no sul do Brasil. Na amostra avaliada, somente 4,3% das crianças realizaram a primeira visita ao dentista antes dos 12 meses. Além disso, a realização tardia da primeira consulta odontológica mostrou estar associada à realização de tratamentos invasivos, mesmo depois de ajustada por fatores comportamentais e socioeconômicos.

Os resultados apontaram uma média de idade na primeira consulta de 38 meses, valor muito superior ao recomendado para a população infantil; essa idade avançada se mostrou um preditor importante da realização de tratamentos invasivos, como a endodontia e a exodontia, associados a estágios mais avançados da doença cárie. Outros estudos realizados no país têm mostrado baixas prevalências de consultas odontológicas antes dos 12 meses de idade¹²⁻¹⁴, demonstrando uma dificuldade na adoção de práticas compatíveis com as recomendações vigentes.

Estudos têm sugerido que a assistência precoce oportuniza o trabalho conjunto dos pais e do cirurgião-dentista na prevenção de problemas bucais, promovendo a instalação de hábitos saudáveis^{15,16}. Além de ser importante para a prevenção da doença cárie, a primeira consulta é importante também para avaliar as demais estruturas do sistema estomatognático, identificando problemas que podem dificultar a amamentação e a nutrição¹⁷. Dessa forma, essa visita nos primeiros meses representa a possibilidade de prevenção, manutenção da saúde bucal, além da familiarização da criança com o consultório odontológico¹⁸. Estudos têm indicado que programas

educacionais e preventivos apresentarão melhores resultados quando iniciados no primeiro ano de vida^{19,20}.

Embora a renda seja um reconhecido preditor para piores condições de saúde bucal e maior necessidade de tratamento²¹⁻²³, neste estudo ela não se mostrou associada à realização de tratamentos invasivos. Uma possível explicação para este fato se deve à abrangência do público atendido na Clínica Escola em questão: por ser vinculada ao Sistema Único de Saúde, é possível que a renda entre os usuários tenha sido homogênea, dificultando a detecção de diferenças em razão de desigualdades nesse preditor.

A cárie dentária na primeira infância possui como importantes preditores a dieta e o hábito de higiene bucal²⁴. A ingestão de alimentos e bebidas açucaradas, assim como uma inadequada higiene bucal aumentam o risco de desenvolvimento de lesões de cárie e podem, com isso, impactar na necessidade de tratamento em crianças²⁴. Em nosso estudo, apesar do registro de uso, não haviam informações a respeito do conteúdo da mamadeira, inviabilizando uma análise mais criteriosa em relação à dieta. Quanto aos dados relacionados à higiene bucal, buscou-se adotar a realização de escovação com dentifrício fluoretado como um *proxy* para verificar a realização de higiene bucal nas crianças, uma vez que o relato de frequência de escovação está sujeito a vieses de memória e aceitação social²⁵. Ainda assim, essas variáveis não se mantiveram associadas à realização de tratamentos invasivos no modelo final.

Este estudo traz importantes contribuições ao apresentar a média de idade de crianças na primeira consulta odontológica e seu impacto sobre a necessidade de tratamentos dentários. Entretanto, apresenta algumas limitações, por tratar-se de um estudo com fonte de dados secundários: uma vez que os examinadores não estavam calibrados não foi possível calcular o índice de dentes cariados, indicados à exodontia ou restaurados (ceo-d) de forma precisa. Além disso, por tratar-se de uma pesquisa realizada em um serviço de saúde, tem como limitação inerente à amostra a falta de dados para aqueles que não usaram o serviço, ou o fizeram em outros espaços. Ressalta-se, porém, que a Clínica Escola reportada neste estudo é um centro de referência para o atendimento de crianças na faixa etária estudada, demonstrando a relevância da amostra avaliada.

Conclusão

A realização tardia da primeira consulta odontológica foi um importante fator associado à realização de tratamentos invasivos em crianças. Ainda que os resultados devam ser avaliados com cautela, sugerem que maior atenção deve ser dada à disseminação de orientações quanto à importância da realização precoce, entre 6 e 12 meses, da primeira consulta odontológica e seu impacto sobre a saúde da criança, bem como à elaboração de políticas que facilitem o acesso e o uso de serviços odontológicos pela população.

Agradecimentos

A presente pesquisa foi desenvolvida com apoio da URI-Erechim, por meio da concessão de bolsa de iniciação científica PIIC-URI.

Abstract

Objective: To evaluate the association between the age of the first dental visit and the type of dental treatment performed in infant patients through a cross-sectional study that examined dental records from the years 2014 to 2018. **Methods:** Data collection was conducted using medical records of patients aged 0 to 5 years treated at a Dental School Clinic, including information about participants' characteristics and the types of dental procedures performed. For data analysis, descriptive measures were calculated, and the data were subsequently fitted into a logistic regression model. The outcome was categorized into non-invasive treatments (fluoridation therapy and/or restoration) and invasive treatments (endodontics and/or extraction). **Results:** Medical records of 210 children were evaluated, with a mean age of the first dental visit being 38 months (SD = 14.5). Non-invasive treatments, including fluoride therapy and/or dental restoration, were performed in 74.8% of children, while invasive treatments were performed in 25.2% of the sample. Adjusted analysis indicated an increase (OR = 1.03, $p = 0.027$) in the odds of undergoing invasive treatments as the children's age at the first dental visit increased. **Conclusion:** Older age at the first appointment was associated with increased odds of receiving invasive treatment. The significance of early dental consultations within the first months of life is underscored, aiming to prevent and maintain oral health.resumo.

Keywords: Oral health; Pediatric dentistry; Dental caries; Dental care.

Referências

1. Inserir Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.* 2016;147(12):915-917.
2. Martins-Junior PA, Vieira-Andrade RG, Correa-Faria P, Oliveira-Ferreira F, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Impact of early childhood caries on the oral health-related quality of life of preschool children and their parents. *Caries Res.* 2013;47(3):211-218.
3. Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *Int J Paediatr Dent.* 2019;29(3):238-248.
4. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabe E, et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990-2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *J Dent Res.* 2017;96(4):380-387.
5. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. In. Brasília: Ministério da Saúde; 2012:116.
6. Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies. *Pediatr Dent.* 2018;40(6):60-62.
7. Fontana M, Gonzalez-Cabezas C. Noninvasive Caries Risk-based Management in Private Practice Settings May Lead to Reduced Caries Experience Over Time. *J Evid Based Dent Pract.* 2016;16(4):239-242.

8. Associação Brasileira de Odontopediatria. Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria. 2009.
9. Mileva SP, Kondeva VK. Age at and reasons for the first dental visit. *Fol Med*. 2010;52(4):56-61.
10. Murshid EZ. Children's ages and reasons for receiving their first dental visit in a Saudi community. *Saudi Dent J*. 2016;28(3):142-147.
11. Nowak AJ, Casamassimo PS, Scott J, Moulton R. Do early dental visits reduce treatment and treatment costs for children? *Pediatr Dent*. 2014;36(7):489-493.
12. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(1):17-27.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro; 2010.
14. Hartwig A, Azevedo M, Romano A, Cenci M. Prevalence and disparities in the first dental visit of preschool children aged 12-18 months in southern Brazil. *Rev Fac Odontol (Univ. Passo Fundo)*. 2018;23(1).
15. Cavalcanti AL, Carvalho LF, Pereira LL, Medeiros AD, Valença AMG, Duarte RC. [First Dental Visit: Dentist's Perceptions About The Right Moment]. *J Bras Odontoped Odonto Bebê*. 2002;5(27):5.
16. Faustino-Silva DD, Ritter F, Nascimento IM, Fontanive PVN, Persici S, Rossoni E. [Oral health care in preschool children: perceptions and knowledge of parents or legally responsible persons in a health care center of Porto Alegre, RS]. *Rev Odonto Ciênc*. 2008;23(4):5.
17. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018:180.
18. Ferreira SH, Kramer PF, Langoni MB. Idade ideal para a primeira consulta odontológica. *Rev Gaúcha Odontol*. 1999;47(4):3.
19. Mello MM, Walter LRF. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. *Semina*. 1997;18(Especial):4.
20. Sanchez OM, Childers NK. Anticipatory guidance in infant oral health: rationale and recommendations. *Am Fam Physician*. 2000;61(1):115-120, 123-114.
21. Lalloo R, Myburgh NG, Hobdell MH. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. *Int Dent J*. 1999;49(4):196-202.
22. Oliveira LB, Sheiham A, Bonecker M. Exploring the association of dental caries with social factors and nutritional status in Brazilian preschool children. *Eur J Oral Sci*. 2008;116(1):37-43.
23. Peres KG, Bastos JR, Latorre MdR. [Severity of dental caries in children and relationship with social and behavioral aspects]. *Rev Saúde Públ*. 2000;34(4):402-408.
24. Sheiham A, James WP. Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized. *J Dent Res*. 2015;94(10):1341-1347.
25. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):272-281.

Endereço para correspondência:

Simone Tuchtenhagen
 Avenida Sete de Setembro, 1621. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Erechim. Curso de Odontologia – Prédio 12, sala 12.30
 CEP 99709-910 – Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil
 Telefone: (54)3520-9000, ramal 9041
 E-mail: simonet@uricer.edu.br

Recebido em: 30/05/2021. Aceito: 30/07/2021.