

Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte

Sense of coherence and dental caries experience in preschool children from Belo Horizonte city

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a saúde bucal de pré-escolares e o Senso de Coerência (SOC) materno.

Metodologia: Participaram do estudo 42 mães e suas crianças de 8 meses a 5 anos de idade, matriculados em uma creche pública, em Belo Horizonte, MG. As mães responderam a um questionário retrospectivo sobre o SOC e a higiene bucal de seus filhos. As crianças foram submetidas a um exame físico intra-bucal para o levantamento do índice ceo-d. Os exames foram realizados por um pesquisador calibrado ($Kappa = 0,86$), em posição joelho-a-joelho, sob luz natural e com o auxílio de um anotador. Os dados foram analisados usando teste qui-quadrado, *odds ratio* e análise de regressão logística multivariada ao nível de significância de 0,05.

Resultados: Não houve diferença estatisticamente significativa entre o índice ceo-d, o gênero e a higiene bucal da criança ($P > 0,05$), nem com o SOC materno ($P = 0,335$). A chance de crianças de 4 a 5 anos apresentar ceo-d ≥ 1 foi 7,5 vezes maior que para as crianças de 8 meses a 3 anos ($P = 0,019$), independentemente das demais variáveis.

Conclusão: Conclui-se que a capacidade das mães em se adaptar a um evento estressante não foi associada à experiência de cárie das crianças nesta amostra.

Palavras-chave: Pré-escolar; saúde bucal; higiene bucal; senso de coerência

Abstract

Purpose: The objective of this paper was to evaluate the relationship between mother's Sense of Coherence (SOC) and preschool children's oral health.

Methods: The sample consisted of 42 mothers and their children with ages from 8 months to 5 years old, enrolled in a public day care center in Belo Horizonte city, MG. Mothers answered a retrospective questionnaire concerning questions about their SOC and about their children's oral hygiene. Children were subjected to dental clinical examination to collect the dmft index. These examinations were carried out by one calibrated researcher ($Kappa = 0.86$) in knee-to-knee position with natural light. Data were analyzed using qui-square test, adjusted odds ratio, and multivariate logistic regression at the significance level of 0.05.

Results: No statistical differences were found between the dmft index and child's gender or oral hygiene ($P > 0.05$), nor with mother's SOC ($P = 0.335$). Children aged 4 to 5 years old had 7.5 times more chance to have dmft ≥ 1 than children aged 8 months to 3 years old ($P = 0.019$) independently from the other variables.

Conclusion: In conclusion the mother's stress adaptability was not associated with her child's caries experience in this sample.

Key words: Preschool children; oral health; oral hygiene; sense of coherence

Karina Bonanato^a
Ana Carolina Scarpelli^a
Daniela Goursand^a
João Paulo Tibaes Mota^b
Saul Martins de Paiva^a
Isabela Almeida Pordeus^a

^a Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Programa de Iniciação Científica (PROBIC/FAPEMIG), Faculdade de Odontologia, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência:
Karina Bonanato
Rua Turquesa, 186 – Condomínio Vila do Ouro
Nova Lima, MG – Brasil
34.000-000
E-mail: karinabonanato@ig.com.br

Recebido: 13 de abril, 2008
Aceito: 27 de maio, 2008

Introdução

A falência de modelos de atenção à saúde como o curativismo e o preventivismo trouxe a necessidade da formulação de novos conceitos. A teoria Salutogênica foi proposta por Antonovsky (1) de acordo com o atual paradigma de Promoção da Saúde. Segundo a teoria, para se promover saúde é necessário pensar em saúde, o que envolve um contexto maior do que apenas a compreensão dos mecanismos patogênicos e dos métodos biológicos de prevenção, como os modelos anteriores enfocavam. Desta forma, a saúde, inclusive a saúde bucal, deve ser entendida como o resultado do equilíbrio entre forças que levam a um extremo (saúde) ou a outro (doença). Estas forças são geradas a partir dos ambientes social, político e cultural, transcendendo a simplicidade dos conceitos biológicos (2).

O ponto central da teoria Salutogênica é o Senso de coerência (SOC). Esta variável tem como objetivo quantificar o grau de adaptabilidade das populações ao seu ambiente, ou seja, sua posição na balança de forças entre saúde e doença (1). Segundo Kivimäki et al. (3), o SOC é uma característica da personalidade capaz de proporcionar proteção para a saúde. Ele pode ser também considerado uma orientação geral estável em relação à percepção e ao controle do ambiente para a significação e a adoção de comportamentos apropriados. O SOC influencia os hábitos que interferem diretamente na saúde e os comportamentos adaptativos que podem minimizar a gravidade da doença. Além disto, o SOC também minimiza a percepção ao estresse ambiental e às emoções negativas advindas dele. O instrumento é composto por três elementos que são a capacidade de compreender um evento (compreensibilidade), a percepção do potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo (maneabilidade) e o significado que se dá a este evento (significância). A forma de perceber o evento de acordo com estes fatores será desenvolvida durante o curso de vida de uma pessoa, tornando-se razoavelmente estável a partir da terceira década de vida (1,4).

No intuito de quantificar e conseqüentemente qualificar o SOC, um questionário com respostas fechadas, composto por 29 perguntas, aborda as três dimensões do SOC (compreensibilidade, maneabilidade e significância) sem, contudo, permitir a análise separada de cada uma delas. Algumas das perguntas estão na forma afirmativa enquanto outras estão na forma negativa. As respostas, em número de sete, são em formato *Likert* (1). Dentre outras versões propostas do instrumento, uma versão curta com 13 perguntas foi apresentada pelo próprio autor da escala. Ambas as versões mostraram ser viáveis e válidas, além de demonstrarem boa consistência interna e externa (5). No estudo de Freire et al. (6) a versão curta do instrumento foi utilizada para identificar a relação do SOC com os comportamentos preventivos em saúde bucal de adolescentes matriculados em escolas, na cidade de Goiânia, Brasil. Para a realização do estudo, o instrumento foi transcrito e validado para a língua portuguesa. Os resultados foram encorajadores e mostraram existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Diversos estudos têm demonstrado a relação de doenças como a cárie dentária com fatores sócio-econômico-demográficos (7-9). Seus resultados apontam que as condições de vida das populações influenciam diretamente a motivação dos indivíduos para a adoção dos comportamentos adequados à manutenção da saúde bucal. Desta forma, o SOC pode ser um importante aliado para prover melhorias efetivas no estado de saúde bucal das populações, trabalhando conjuntamente com os setores públicos apropriados. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre o estado de saúde bucal de crianças pré-escolares e o SOC materno, tendo como variável-controle a higiene bucal das crianças.

Metodologia

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o número ETIC 109/05. Uma creche foi selecionada por conveniência para participar deste estudo de desenho transversal. A instituição tem fins filantrópicos e funciona dentro de um aglomerado, na cidade de Belo Horizonte, MG, atendendo a seus moradores. A faixa etária admitida na instituição compreende crianças de zero a cinco anos de idade. Na creche as crianças fazem todas as três principais refeições do dia, com permanência no local das 7:30 às 17:15 horas.

Para a realização do estudo, foram solicitadas autorizações oficiais da Secretaria Municipal de Educação e da diretoria da creche. A coleta de dados foi realizada durante uma reunião de pais, sendo que apenas as mães que estavam presentes foram convidadas a participar do estudo. Foram excluídas as crianças que apresentavam alguma patologia que inviabilizasse o exame e as que estariam ausentes na escola nos dias agendados para a realização do exame. A amostra final consistiu de 42 crianças e suas mães. As mães receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) anexado ao questionário. Os questionários foram recolhidos pelos pesquisadores no mesmo momento ou devolvidos às professoras através das crianças, posteriormente. Um lembrete foi enviado às mães que não devolveram o questionário na primeira data marcada.

O instrumento continha questões sobre o gênero da criança, a idade, a higiene bucal (frequência e instrumentos utilizados). Em seguida, estavam listadas as perguntas sobre o Senso de Coerência (SOC), validadas para a língua portuguesa por Freire et al. (6). O instrumento é uma versão curta do original, também formulado por Antonovsky (1) e consiste de 13 perguntas sobre sentimentos pessoais a respeito das três dimensões do SOC. As perguntas são respondidas em uma escala de 7 pontos do tipo *Likert*, na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo e o número 7, ao extremo positivo, sendo os números 2, 3, 4, 5 e 6 as opções intermediárias de resposta. Apenas os números extremos (1 e 7) eram escritos, ficando os valores intermediários sem correspondente escrito. O respondente deveria compreender através das instruções que as respostas possíveis são uma

gradação, que corresponderia ao sentimento pessoal relativo a cada uma das perguntas, variando entre os números 1 a 7. Algumas das perguntas foram formuladas na forma negativa e tiveram seus escores invertidos no momento da análise. Os escores de cada pergunta foram somados para obter um valor absoluto correspondente ao SOC de cada indivíduo. A classificação social da amostra foi realizada através do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), desenvolvido pela Prefeitura de Belo Horizonte. O índice envolve mais de 20 variáveis que mensuram o acesso da população a moradia, ensino, trabalho formal, renda, assistência jurídica, saúde e nutrição. Para a obtenção do índice, a Prefeitura realizou um trabalho extenso que teve como resultado uma listagem com valores de IVS para cada bairro da cidade, disponível gratuitamente *online* (10). A classificação para este trabalho foi feita para o local de residência da criança.

As crianças cujas mães devolveram o questionário (assinando o TCLE) foram submetidas a um exame clínico para o levantamento do índice ceo-d. O exame foi realizado por um único pesquisador devidamente calibrado ($Kappa=0,85$). Com o auxílio de um segundo pesquisador, as crianças foram examinadas em posição joelho-a-joelho, com o uso do equipamento de proteção individual (EPI) completo (luvas, máscara, gorro, óculos e avental) e sob luz natural. Um terceiro pesquisador ficou responsável pela organização das crianças e anotação dos dados. O critério de classificação utilizado foi o da Organização Mundial da Saúde-OMS (11), que classifica as lesões cáries segundo

sua extensão pulpar e atividade, avalia a presença e classificação das restaurações presentes além da ocorrência de dentes perdidos por motivos outros que não a esfoliação natural. Desta forma, foi obtido o índice ceo-d para cada criança e a condição da saúde bucal das crianças.

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS 10.0 por estatística descritiva de frequência. A seguir, foram realizados os testes do qui-quadrado e a *odds ratio* ao nível de significância de 0,05 para verificar a associação entre o índice ceo-d e as variáveis: idade da criança, responsável pela limpeza bucal da criança, frequência de limpeza, modo como se realizou a limpeza e o SOC. Ao final, a regressão logística múltipla (*Stepwise Forward Procedure*) foi realizada para verificar a influência das variáveis entre si.

Resultados

No presente estudo, a taxa de retorno dos questionários foi de 100%. Com relação aos exames clínicos, todas as crianças foram examinadas. Poucos questionários tinham até três perguntas em branco, o que não os invalidou. Com relação à idade da criança, não houve resposta para 4,8% e quanto ao modo como era feita a higienização bucal da criança, não houve resposta em 7,1% do total de questionários enviados. A análise de frequência mostrou que a maioria das crianças (64,3%) tinha 4 a 5 anos de idade e o restante tinha entre 0 e 3 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis de interesse do estudo e *odds ratio* para prevalência de ceo-d ≥ 1 em 42 crianças de 0 a 5 anos de idade.

	Presença cárie		Ausência cárie		OR (IC95%)	P
	n	%	n	%		
Idade da criança						
0 a 3 anos	4	26,7	11	73,3	1,0	0,029
4 a 5 anos	17	63,0	10	37,0	4,7 (1,17-18,17)	
Gênero da criança						
Feminino	12	66,7	6	33,3	1,0	0,066
Masculino	9	37,5	15	62,5	0,3 (0,08-1,08)	
Como é feita a limpeza dos dentes de seu filho						
Escova, dentífrico	10	66,7	5	33,3	1,0	0,134
Escova	10	41,7	14	58,3	0,357 (0,09-1,37)	
Quem faz a limpeza dos dentes da criança						
Mãe/pai	7	38,9	11	61,1	1,0	0,207
Criança/não escova	13	59,1	9	40,9	2,3 (0,62-8,12)	
Respostas apenas extremas ao SOC						
Não	13	59,1	9	40,9	1,0	0,219
Sim	8	40,0	12	60,0	0,5 (0,13-1,59)	
SOC						
55-78	10	47,6	11	52,4	1,0	0,758
27-54	11	52,4	10	47,6	1,2 (0,36-4,06)	
Frequência de higiene bucal						
≥ 2 vezes dia	14	51,9	13	48,1	1,0	0,748
< 2 vezes dia	7	46,7	8	53,3	0,8 (0,23-2,88)	

A limpeza bucal das crianças foi feita em 55% dos casos com a participação da criança e em 45% dos casos somente pelos pais ou adulto responsável; 64,3 % das mães afirmaram que realizavam a limpeza bucal de seus filhos duas ou mais vezes ao dia; para 61,5% das crianças a higiene bucal era feita utilizando-se apenas a escova dental (Tabela 1). Com relação ao SOC das mães, em uma escala de valor mínimo igual a 13 e máximo igual a 91, os resultados variaram entre 27 e 78; 50% dos participantes apresentavam valor de SOC abaixo de 55 pontos e os outros 50% acima de 55 pontos.

Quanto aos índices de cárie, 52,4% das crianças apresentavam todos os dentes livres de cárie e o restante (47,6%) com ao menos um dente perdido por causa de lesões cariosas; 85,7% das crianças não apresentavam nenhuma restauração em seus dentes e os 14,3% restantes possuíam pelo menos uma restauração em seus dentes. Quando se estabeleceu o índice ceo-d para cada criança observou-se que 50% das crianças nunca havia tido experiência de cárie (ceo-d = 0), sendo que os outros 50% apresentavam ceo-d ≥ 1. A análise multivariada mostrou associação estatisticamente significativa entre a idade das crianças e o índice ceo-d ($P=0,019$), sendo que as crianças mais velhas (4 a 5 anos) apresentavam ceo-d ≥ 1 (Tabela 2). As demais variáveis não foram associadas com ceo-d, incluindo o SOC materno (Tabelas 1 e 2).

Tabela 2. Resultados da regressão logística multivariada para prevalência de ceo-d ≥ 1 em 42 crianças de 0 a 5 anos de idade.

	ODDS ajustada (IC 95%)	Valores de P
Idade da criança	7,511 (1,4-40,3)	0,019
Gênero da criança	0,258 (0,1-1,2)	0,077
SOC materno	2,051 (0,5-8,8)	0,335

Discussão

A amostra foi homogênea em relação ao índice de vulnerabilidade social (IVS), uma vez que todos os participantes residiam no mesmo aglomerado. Entretanto, de acordo com o índice obtido, a população deveria possuir situação social mais favorável, o que não correspondeu à realidade. Isto pode ter ocorrido devido ao fato de o aglomerado não constar no mapa de vulnerabilidade feito pela prefeitura local, talvez devido ao seu pequeno tamanho (1200 habitantes). Desta forma, foi utilizado o valor atribuído à região correspondente, sendo este baixo, uma vez que se trata de um bairro de classe média-alta (valor do IVS=0,14). Entretanto, o valor atribuído a um aglomerado vizinho (Barragem Santa-Lúcia), que corresponde a 0,63, está em maior acordo com a realidade da creche, denotando situação social desfavorável e baixo grau de instrução dos moradores.

A associação da idade das crianças com o ceo-d era esperada e corrobora trabalhos anteriores (8,9,12-15). Este fato

provavelmente é um reflexo dos efeitos cumulativos do consumo de sacarose e de seus efeitos no biofilme aderido, bem como do maior número de dentes em boca das crianças maiores. A chance de uma criança com idade de quatro a cinco anos apresentar ceo-d=1 foi aumentada quase 7,5 vezes quando comparada à chance das crianças com idade inferior a três anos, independentemente de seu gênero e do SOC materno (Tabela 2). A higienização dos dentes decíduos é muitas vezes deficiente uma vez que sua qualidade depende da supervisão dos pais, o que nem sempre ocorre. Apesar desta variável não ter mostrado associação significativa como ceo-d, observa-se que a frequência de crianças livres de cárie foi maior entre as crianças que tinham a higiene bucal realizada pela mãe comparada às que escovavam sozinhas os dentes, o que está em acordo com a literatura (8,9,12-15).

A proporção de crianças livres de cárie foi maior entre as que realizavam a escovação dentária sem dentífrício e que escovavam os dentes ao menos duas vezes ao dia, ao contrário de estudos anteriores (16,17). Entretanto, isto pode ter ocorrido devido ao fato do conceito de que os dentes devem ser escovados ao menos duas vezes ao dia e com o uso de dentífrício fluoretado já seja um conhecimento disseminado na população, o que pode ter acarretado um viés de informação.

O gênero da criança não influenciou o índice ceo-d, resultado obtido em estudos com crianças escolares (18-20). Buischi et al. (21), em estudo longitudinal com crianças de 13 anos de idade, também não encontraram diferenças entre os gêneros com relação à adoção de comportamentos preventivos em saúde bucal. Entretanto, Garcia et al. (18) concluíram que as meninas de 12 anos têm mais chance de apresentar CPO-D maior que a mediana quando comparadas aos meninos. Gushi et al. (22) concluíram que os meninos possuem maior percentual de dentes cariados e perdidos do que as meninas e maior o percentual de dentes obturados nas idades de 15 a 19 anos. A diferença nos resultados encontrados entre estes trabalhos provavelmente é resultado da diversidade entre as idades abordadas e entre as regiões em que os estudos foram feitos. Estes fatores implicam em diferenciados padrões de comportamento e de conhecimento sobre saúde por suas populações. Outro ponto a destacar refere-se à relevância desta relação, uma vez que ambos os estudos mostraram que os padrões alimentares e de higiene bucal apresentam maior associação com a ocorrência de cárie do que o gênero das crianças (18,22).

Os resultados não mostraram associação significativa entre SOC e índice ceo-d, o que contraria a principal hipótese deste trabalho. Entretanto, este fato pode ter ocorrido devido à homogeneidade do grupo de participantes no estudo. Estudos prévios confirmaram a existência de associação entre SOC e saúde de indivíduos, inclusive saúde bucal. A associação entre o SOC materno e a saúde das crianças era esperado, uma vez que a mãe é considerada a maior influenciadora da saúde da família, inclusive quanto aos cuidados odontológicos (23-25).

Além disto, observou-se que em 47,6% dos questionários sobre o SOC houve respostas apenas nos extremos, ou seja,

as de número 1 e 7. Este fato pode indicar uma dificuldade de compreensão do significado das perguntas ou do mecanismo de resposta por parte dos respondentes, levando a um viés de informação. Este tipo de problema foi comentado pelo próprio autor em um artigo quando ele discutiu a validade do instrumento e sua aplicabilidade (8). Este problema foi notificado em outros estudos e pode sugerir a necessidade de alguma modificação nas instruções de respostas ou em sua estrutura (adicionando-se correspondentes escritos para mais alguns números). No estudo de validação do instrumento para a língua portuguesa realizada por Freire et al. (6), as pessoas tinham maior grau de instrução uma vez que a amostra consistiu de adolescentes matriculados em escolas públicas e privadas da cidade de Goiânia. No presente trabalho, a população que respondeu ao questionário residia em áreas urbanas de baixa escolaridade (eram analfabetos ou com baixo grau de instrução), o que pode ter causado maior dificuldade de compreensão

das perguntas (10). Isto significa que, apesar da validação para a língua portuguesa, o instrumento talvez necessite de algumas modificações para ser aplicado em populações de baixo grau de instrução no Brasil, como a do presente estudo. Assim, estudos adicionais são necessários para elucidar a relação entre SOC materno e saúde bucal de seus filhos em diferentes populações.

Conclusões

A idade das crianças mostrou-se um fator de influência na experiência de cárie, sendo que quanto maior a idade, maior a probabilidade das crianças apresentarem $ceo-d \geq 1$ ($odds=4,7$). Já a supervisão dos pais, o uso de dentífrico fluoretado e a frequência de higiene bucal não tiveram associação com a experiência de cárie neste estudo. O SOC materno não apresentou relação com a saúde bucal de seus filhos.

Referências

- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1987.
- Roux GI. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educ Méd Salud* 1994;28:223-33.
- Kimiväki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi JE. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Soc Sci Med* 2000;50:583-97.
- Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med* 1997;44:1771-79.
- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993;36:725-33.
- Freire MC, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:204-12.
- Kinnby CG, Palm L, Widenheim J. Evaluation of information on dental health care at child health centers: differences in educational level, attitudes, and knowledge among parents of preschool children with different caries experience. *Acta Odontol Scand* 1991;49:289-95.
- Reisine S, Litt M, Tinanoff N. A biopsychosocial model to predict caries in preschool children. *Pediatr Dent* 1994;16:413-18.
- Gaudereto D, Paiva SM, Pordeus IA. Cárie dentária em pré-escolares: novas perspectivas. *RPG Rev Pos-Grad* 2001;8:179-86.
- PBH – Prefeitura de Belo Horizonte. Índice de Vulnerabilidade Social; 2007. [Acesso em ago. 20]. Disponível em <http://www.pbh.gov.br>.
- OMS. Levantamentos básicos em saúde bucal. 4.ed. São Paulo: Livraria Santos; 1999.
- Tinanoff N. Dental caries risk assessment and prevention. *Dent Clin North Am* 1995;39:709-19.
- O'Sullivan DM, Tinanoff N. The Association of Early Dental Caries Patterns with Caries Incidence in Preschool Children. *J Public Health Dent* 1996;56:81-3.
- Al-Hosani E, Rugg-Gunn A. A combination of low parental education attainment and high parental income related to high caries experience in pre-school children in Abu Dhabi. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998;26:31-6.
- Watson MR, Horowitz AM, Garcia I, Canto MT. Caries conditions among 2-5-year-old immigrant latino children related to parent's oral health knowledge, opinions and practices. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27:8-15.
- Ramsay, DS. Patient compliance with oral hygiene regimens: a behavioral self-regulation analysis with implications for technology. *Int Dent J* 2000; Suppl Creating A Successful:304-11.
- Feldens EG, Feldens EG, Raupp SM, Wessler AL, Graeff SL, Kramer PF. Avaliação da utilização de dentífricos fluoretados por crianças de 2 a 5 anos de idade de três escolas da cidade de Porto Alegre. *J Bras Odontopediatr Bebê* 2001;4:375-82.
- Garcia VM, Garcia MA, Remigio JR, Martin LA. Salud oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconômico. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:541-50.
- Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Trends in dental caries rates in schoolchildren 12 and 13 year old in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, 1971-2002. *Cad Saúde Pública* 2004;20:117-22.
- Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Bogaerts K, Declerk D. Assessing risk indicators for dental caries in the primary dentition. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29:424-34.
- Buischi YA, Axelsson P, Oliveira LB, Mayer MP, Gjermo P. Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:41-6.
- Gushi LL, Soares Mda C, Forni TI, Vieira V, Wada RS, de Sousa Mda L. Dental caries in 15-to-19-year-old adolescents in São Paulo State, Brazil, 2002. *Cad Saúde Pública* 2005;21:1383-91.
- Pordeus IA. Intra-family patterns of dental health status and behaviours: a study of brasilian families [tese]. Londres: University College London; 1991.
- Pallant J, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Pers Individ Dif* 2002;33:39-48.
- Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Is parental sense of coherence associated with child health? *Eur J Public Health* 2003;13:195-201.