

Comparação entre o risco social e o risco de cárie em famílias em situação de vulnerabilidade

Comparison between the risk social and decay risk in families of vulnerability situation

Thaís Jensen¹, Milena Vieira¹, Carmen Sylvia Scutti¹

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre risco social familiar (RSF), risco individual bucal e risco coletivo de cárie com as variáveis demográficas de adultos e crianças (famílias) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Sorocaba, SP. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com análise quantitativa. A amostra do estudo foi constituída por crianças na faixa de idade de 6 a 12 anos, com maiores necessidades de tratamento odontológico, de ambos os sexos e com todos os componentes do núcleo familiar, cadastrados na USF da zona norte de Sorocaba. Obteve-se um total de 20 crianças participantes do estudo e com uma média de 4 componentes de seus núcleos familiares, totalizando 79 pessoas no final. Para a coleta de dados do presente estudo foram utilizados dois indicadores: o índice CPOD (dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)) — instrumento epidemiológico — e a ficha para cadastramento de famílias (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) — ficha com informações e dados do núcleo familiar. **Resultados:** Os dados coletados durante as visitas domiciliares foram agrupados e compilados em uma planilha confeccionada no programa *Microsoft Excel*, e em seguida foram calculados o escore familiar — de acordo com a escala de Coelho e Savassi — e o índice CPOD de cada indivíduo avaliado. Posteriormente, os dados foram examinados por meio da análise de variância de Kruskal-Wallis. **Conclusão:** A análise não mostrou diferenças significativas ao comparar os riscos de vulnerabilidade em relação ao CPOD médio das famílias.

Palavras-chave: inquéritos de saúde bucal; cárie dentária; risco; fatores socioeconômicos; família.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between family social risk (RSF), oral individual risk and collective risk of caries with the demographic of adults and children (families) of the Family Health Unit (USF) in Sorocaba, SP. **Materials and Methods:** This is an exploratory descriptive research with quantitative analysis. The study sample consisted of children in the age group of 6 to 12 years, with higher dental needs, of both sexes and all components of the family nucleus and that are registered in the USF north of Sorocaba. We obtained a total of 20 children who participated in the study with an average of 4 components of their nuclear families, totaling 79 people at the end. To collect data from this study were used two indicators: the DMFT index — epidemiological tool — and the sheet for families of registration (Form A) of the Information System of Primary Care (SIAB) — form with information and data of the nuclear family. **Results:** The data collected during home visits were grouped and compiled into a made spreadsheet in Microsoft Excel, and then we calculated the familiar score — according to Coelho Scale and Savassi — and the DMFT of each family member rated. Later, the data were analyzed by Kruskal-Wallis ANOVA. **Conclusion:** The analysis showed no significant differences when comparing the vulnerability risks of the average DMFT families.

Keywords: dental health surveys; dental caries; risk; socioeconomic factors; family.

INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS)^{1,2} instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma das estratégias para a reorganização da atenção à saúde em nível de atenção primária, centrada em bases e critérios de vigilância à saúde, segundo a lógica da epidemiologia social. São atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes da ESF conhecer a

realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, assim como identificar os problemas de saúde e as situações de risco mais comuns e as pessoas e famílias em situação de perigo e vulnerabilidade.

Estudos, como os de Peres,³ apontam o impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal, corroborando a

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: thaísjensen@globo.com

Recebido em 07/03/2016. Aceito para publicação em 10/11/2016.

importância de se utilizar ferramentas para a triagem de risco social e bucal como forma de se organizar a oferta de serviços odontológicos na ESF. Entretanto, parece que muitas equipes de saúde bucal ainda têm dificuldades para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, prestando atendimentos baseados na livre demanda ou distribuição de fichas.⁴⁻⁶

Para a consolidação de uma assistência odontológica baseada nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) — equidade e integralidade do cuidado —, é necessário planejar as ações priorizando famílias que apresentem maior risco e vulnerabilidade social.⁷

Desde a implantação das Equipes de Saúde Bucal na ESF, em Sorocaba, em 2008, o município vinha adotando a estratégia de priorizar as famílias conforme grupos de risco já definidos, como gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, recomendação subjetiva dos agentes comunitários, ou simplesmente pela sequência numérica das famílias cadastradas.

O nosso território de atuação, por intermédio da residência multiprofissional em ESF pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), é uma Unidade de Saúde da Família (USF), localidade com famílias vulneráveis ao perigo. Foi realizado em uma escola do bairro Vitória Régia, em outubro de 2015, um levantamento sobre necessidades odontológicas, que serão enquadradas nos seguintes riscos (Quadro 1):

Dos alunos classificados como B+ e U, foram selecionados os que tinham entre 6 e 12 anos — início e fim da fase de erupção da dentição permanente, respectivamente — e que apresentaram grau significativo de vulnerabilidade nas unidades estudadas — de acordo com a classificação de Coelho e Savassi⁸ — para análise de seus prontuários odontológicos na USF.

Assim, buscou-se avaliar a associação entre risco social familiar, risco individual bucal e risco familiar de cárie e as variáveis demográficas de todos os membros pertencentes às famílias acompanhadas por este trabalho. Essa associação encontra fundamento em vários estudos, como o de Coelho e Savassi,⁸ Peres,³ Marmot⁹ e Peres,¹⁰ que apontam o impacto das condições socioeconômicas na saúde bucal. Pelos dados obtidos com esta pesquisa, será possível, juntamente com a ESF, elaborar projetos de prevenção e diminuição do risco de cárie familiar, atuando nos determinantes sociais e biológicos da formação da cárie dentária.

Quadro 1. Necessidades odontológicas de acordo com a classificação de riscos.

Risco	Descrição
A	Ausência de cárie ou doença previamente tratada. Não necessita tratamento.
B-	Presença de cáries e/ou placa bacteriana. Necessita de menos de 3 consultas para conclusão de tratamento.
B+	Presença de cáries e/ou placa bacteriana. Necessita de mais de 3 consultas para conclusão de tratamento.
U	Necessidade de procedimentos complexos como exodontias e endodontias, deve ser tratado o mais breve possível para não comprometer outros dentes.

Fonte: Secretaria de Saúde de Sorocaba, 2015.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com análise quantitativa.

O estudo foi realizado com escolares de 6 a 12 anos, de ambos os sexos, e suas famílias, cadastradas em uma USF da zona norte do município de Sorocaba, e que apresentaram importante grau de vulnerabilidade de acordo com o escore de pontuação de risco de Coelho e Savassi.⁸

A USF e seu respectivo território, que fizeram parte deste estudo, caracterizam-se como o local do cenário de prática das residentes do programa de saúde da família.

Essas famílias são usuárias e/ou frequentadoras da USF, com registro no Sistema de Informação de Saúde (SIS) do município. As crianças participantes foram previamente classificadas em rotina de levantamento anual da USF no Programa Saúde na Escola, sendo codificadas em A, B-, B+ e U, conforme Tabela 1 abaixo. Foram selecionadas aquelas com grau significativo de necessidades de tratamento odontológico, ou seja, as que apresentaram classificação B+ e U. As famílias selecionadas receberam visitas domiciliares das pesquisadoras, acompanhadas pelas agentes comunitárias de cada microárea, que, como define Malucelli,¹¹ é uma subdivisão de pequena extensão do território da Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual seus habitantes possuem uma condição de vida homogênea, que pode determinar riscos à saúde.

Critérios de inclusão:

Criança

- Ter participado do levantamento anual do Programa de Saúde na Escola;
- Ter sido classificada como B+ ou U;
- Ter entre 6 e 12 anos, de ambos os sexos;
- Ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos responsáveis legais;
- Ter o Termo de Assentimento assinado pela criança.

Núcleo familiar

- Serem usuários e/ou frequentadores da USF;
- Terem registro no SIS do município;
- Terem o TCLE assinado.

A amostra do estudo foi constituída por crianças e seus núcleos familiares, de acordo com os critérios de inclusão. Do levantamento anual do Programa de Saúde na Escola, foram selecionadas, por sorteio, 20 crianças e uma média de 4 familiares, totalizando 79 pessoas.

A seleção final ocorreu após a explicação dos objetivos e métodos propostos por este estudo e após a assinatura do

Tabela 1. CPOD (dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)) Nacional e Região Sudeste, nos anos 1986, 1996, 2003 e 2010.

CPOD/Região	1986	1996	2003	2010
Brasil	6,7	3,1	2,8	2,1
Região Sudeste	6,0	2,1	2,3	1,7

Fonte: DATASUS-TABNET.

TCLE pelos componentes do núcleo familiar, pelos responsáveis legais das crianças e por elas próprias.

Para a coleta de dados do presente estudo foram utilizados dois indicadores: o índice CPOD, instrumento epidemiológico reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e utilizado pela Secretaria da Saúde de Sorocaba-SP, que tem por objetivo medir e comparar a experiência sobre cárie na população;¹² e a ficha para cadastramento de famílias (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), aplicada pelas agentes comunitárias de saúde com informações e dados do núcleo familiar. O risco social familiar foi calculado por meio de um escore de pontuação de risco segundo Coelho e Savassi.⁸

Após a concordância na participação do estudo, foi realizado pelas pesquisadoras um exame clínico para avaliação bucal utilizando espátulas de madeira descartáveis. Solicitou-se o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde para auxiliar na construção do vínculo com o núcleo familiar.

A coleta de dados foi realizada de acordo com o cronograma, no período compreendido entre outubro e novembro de 2015, quando os achados bucais de cada indivíduo avaliado do núcleo familiar foram anotados na ficha do risco de cárie, além da análise da ficha para cadastramento de famílias— ficha A do SIAB —, de risco social, que foi de fundamental importância para o contexto, a organização e a análise dos dados da pesquisa.

Os dados coletados durante as visitas domiciliares foram agrupados e compilados em uma planilha confeccionada no programa *Microsoft Excel*, e, em seguida, foram calculados o escore familiar, de acordo com a escala de Coelho e Savassi, e a média e a mediana do índice CPOD de cada membro familiar avaliado, bem como do CPOD familiar. Posteriormente foi aplicada a análise de variância de Kruskal-Wallis,¹³ com o objetivo de comparar os grupos de risco de vulnerabilidade social em relação aos valores do índice CPOD, nos âmbitos individual e coletivo. Os dados obtidos no estudo foram analisados pelo pacote estatístico SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Sciences Inc., 1989-2007), versão 13.0.

Foi autorizado pela área de educação em saúde da Secretaria de Saúde de Sorocaba-SP a realização da pesquisa ou estudo.

Os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e tiveram livre-arbítrio para participar ou não do estudo, com possibilidade de interrupção a qualquer momento, bem como a garantia do sigilo dos dados informados no TCLE e no Termo de Assentimento.

A análise foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), para a realização da pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os valores do índice CPOD do Brasil, na região Sudeste nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010.¹⁴

A Tabela 2 apresenta os valores da média e da mediana do CPOD de cada membro da amostra do estudo, agrupados de

Tabela 2. CPOD individual de cada núcleo familiar segundo risco social. Sorocaba/SP. 2015.

CPOD Individual			
Risco Social			
R0	R1	R2	R3
8 (Família 1)	7 (Família 5)	2 (Família 15)	4 (Família 18)
5	4	1	2
12	8	4	8
3 (Família 2)	2 (Família 6)	3	0
32	1	0	5
8 (Família 3)	2	0	5 (Família 19)
2	0	4	0
4 (Família 4)	2 (Família 7)	11 (Família 16)	5
3	4	5	3
	4 (Família 8)	3	2
	12	7	2
	0	3 (Família 17)	1
	18 (Família 9)	0	0 (Família 20)
	14	0	12
	0	9	22
	2		
	0		
	0		
	1 (Família 10)		
	6		
	9		
	1		
	7 (Família 11)		
	3		
	6		
	14		
	4		
	19 (Família 12)		
	14		
	4		
	3		
	0 (Família 13)		
	3		
	0		
	9		
	5 (Família 14)		
	4		
	9		
	0		
	7		

CPOD: dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O); R0: risco zero (Risco de Coelho e Savassi); R1: risco 1 (Risco de Coelho e Savassi); R2: risco 2 (Risco de Coelho e Savassi); R3: risco 3 (Risco de Coelho e Savassi).

acordo com o risco social preconizado por Coelho e Savassi,⁸ sendo que cada bloco colorido refere-se a um núcleo familiar. Na Tabela 3, observamos o número e a porcentagem dos indivíduos divididos por risco social que compõem a amostra do estudo.

O CPOD foi calculado somando todos os dentes cariados, perdidos e obturados de cada indivíduo avaliado, obtendo-se, assim, o valor individual do índice que, posteriormente, seria utilizado no cálculo da média CPOD. Essa média foi obtida a partir da somatória do CPOD individual de cada grupo de risco dividido pelo seu número total de integrantes. Foi calculada a mediana dos dados encontrados na Tabela 2 e, em seguida, realizada a análise de variância de Kruskal Wallis¹³ por meio dos valores descritos nas Tabelas 4 e 5. A análise

Tabela 3. Valores médios do CPOD (dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) individual de cada núcleo familiar segundo risco social. Sorocaba/SP.

CPOD Médio familiar x Risco Social			
R0	R1	R2	R3
8,3 (F1)	6,3 (F5)	2,0 (F15)	3,8 (F18)
17,5 (F2)	1,25 (F6)	6,5 (F16)	2,57 (F19)
5,0 (F3)	3,0 (F7)	3,0 (F17)	11,3 (F20)
3,5 (F4)	5,3 (F8)		
	5,6 (F9)		
	4,25 (F10)		
	6,8 (F11)		
	10,0 (F12)		
	3,0 (F13)		
	5,0 (F14)		

CPOD: dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O); R0: risco zero (Risco de Coelho e Savassi); R1: risco 1 (Risco de Coelho e Savassi); R2: risco 2 (Risco de Coelho e Savassi); R3: risco 3 (Risco de Coelho e Savassi).

Tabela 4. Mediana e Média do CPOD (dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) individual de cada núcleo familiar segundo risco social. Sorocaba/SP. 2015.

μ	5,0	4,0	3,0	3,0
Média	8,6	5,2	3,5	4,7

μ : mediana.

Tabela 5. Valores da Média e Mediana da soma do CPOD (dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O)) de cada grupo de risco.

	Risco 0 (R0)	Risco 1 (R1)	Risco 2 (R2)	Risco 3 (R3)
μ	6,6	5,2	3,0	3,8
Média	8,6	5,0	3,8	5,9

μ : mediana; CPOD: dentes: cariados (C), perdidos (P) e obturados (O); R0: risco zero (Risco de Coelho e Savassi); R1: risco 1 (Risco de Coelho e Savassi); R2: risco 2 (Risco de Coelho e Savassi); R3: risco 3 (Risco de Coelho e Savassi).

lise de Kruskal Wallis¹³ não mostrou diferenças significantes quando comparado os riscos de vulnerabilidade em relação ao CPOD médio das famílias.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Para termos uma noção sobre a doença cárie e a vulnerabilidade social, devemos entender um pouco sobre cada um deles.

Em nível mundial, a cárie dentária é uma das doenças crônicas multifatoriais mais prevalentes e afeta lenta e progressivamente toda a população. É um dos principais problemas de saúde pública e de maior frequência na história de morbidades bucais, junto com a doença periodontal. O sinal clínico característico da cárie em sua etapa mais avançada é a destruição do dente, como consequência da desmineralização gerada pela fermentação provocada pelos ácidos produzidos pela placa bacteriana. Esses ácidos são o produto final do metabolismo ácido das bactérias e são capazes de fermentar os carboidratos ingeridos na dieta alimentar, gerando uma destruição química dental em tecidos duros como o esmalte, a dentina e o cimento radicular.¹⁵

No caso do Brasil, observa-se um alto nível de cáries ao final dos anos 1970, com um valor repostado pela OMS de 8,6, em 1976, o que motivou a implementação de medidas de fluoretação — pastas dentais com flúor; embora essas tenham atingido apenas 40% da população, constatou-se uma redução substancial no valor de CPOD: 4,9 em 1988.¹⁶

Um amplo levantamento sobre a fluoretação das águas de mais de 98% das 645 cidades do Estado de São Paulo indicou que Sorocaba está dentro do que é considerado padrão pela Secretaria Estadual de Saúde. Na análise realizada em oito regiões do município, os valores do flúor — em partes por milhão — permaneceram entre 0,6 e 0,8 miligramas por litro, números considerados adequados. Índices acima ou abaixo dessa quantia podem favorecer, respectivamente, a formação de cárie e fluorose, que são manchas esbranquiçadas nos dentes. O estudo foi feito pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) em parceria com o Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (CECOL/USP) e o Laboratório de Bioquímica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp (FOP/Unicamp).¹⁷

Nas pesquisas em saúde, os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados para designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde. Segundo os descritores utilizados nas bases de dados da Bireme — o Centro Colaborador da Organização Panamericana de Saúde para atualização da terminologia relacionada com as ciências da saúde —, encontram-se definidos como vulnerabilidade:

- O grau de suscetibilidade ou risco de sofrer danos por um desastre natural a que está exposta uma população;
- A relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, um evento adverso ou acidente; e
- A probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou um risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos (Material III – Ministério da Ação Social, 1993). Grau de perda — de 0 a 100% — como resultado de um fenômeno potencialmente danoso.¹⁸

A escala de risco familiar de Coelho-Savassi,⁸ instrumento de estratificação de risco familiar, é aplicada às famílias adscritas a uma equipe de saúde para determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Utiliza dados presentes na ficha A do SIAB e outros identificáveis na rotina das equipes de saúde da família. Trata-se de um instrumento que auxilia na avaliação da vulnerabilidade das famílias, com importante potencial de utilização no planejamento das ações da equipe. A escala pode se prestar ao papel de ser um instrumento de planejamento que incorpora critérios claros e de fácil aplicação, e também serve como ponto de partida para o mapeamento da rede social para o núcleo familiar.¹⁹

Neste estudo observou-se a predominância de famílias com algum risco social, segundo a escala de Coelho e Savassi.⁸ Ao mesmo tempo, com a coleta de dados sobre a situação bucal dos escolares e de suas famílias, constatou-se também que a grande maioria possuía um alto risco de ter cárie, o que significa uma deficiência na higiene bucal desses indivíduos.

Para o tamanho da amostra estudada, não foi possível revelar a hipótese de igualdade entre os índices CPOD observados individualmente ou na forma de médias familiares em relação ao risco de vulnerabilidade social, embora existam estudos, como o de Meneghim,²⁰ que sugerem que exista tal relação.

A utilização do índice de vulnerabilidade à saúde mostrou-se como importante instrumento para a identificação de usuários com piores condições de saúde bucal, sendo que o nível de agregação das informações constitui fator decisivo na potência da relação existente.

Este estudo revela-se como uma primeira aproximação na busca necessária de indicadores que possibilitem o aprimoramento do processo de construção do SUS no município de Sorocaba. A sua concretização depende do nosso empenho para a ampliação da participação dos usuários na gestão dos serviços. Uma luta pela cidadania.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Peres MAA, Gesse HC, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(3):289-93.
4. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(3):755-63.
5. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595-603.
6. Gonçalves VB. Percepções de profissionais e usuários com relação à odontologia na estratégia de saúde da família [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas; 2011.
7. Cheachire LA, Cortellazi KL, Vasquez FL, Pereira AC, Meneghim MC, Mialhe FL. Associação entre risco social familiar e risco à cárie dentária e doença periodontal em adultos na estratégia de saúde da família. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013;13(1):101-10.
8. Coelho FL, Savassi L. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Com*. 2004;1(2):19-26.
9. Marmot M, Bell R. Social determinants and dental health. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):201-6.
10. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(4):402-8.
11. Malucelli A, Stein Junior A, Bastos L, Carvalho D, Cubas MR, Paraíso EC. Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):292-300.
12. Cypriano S, Sousa MLR, Wada RS. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):285-92.
13. Siegel S, Castellan Jr, NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 448 f.
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. CPO-D Nacional, Região Sudeste, nos anos 1986, 1996, 2003 e 2010. [acesso em 4 mar. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/g17.htm>
15. Castellanos S, Marley C, Robles S, Alberto M, Montoya E, Harold J. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2015;14(28):161-89.
16. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(Suppl1):3-23.
17. Pereira EF. Água em Sorocaba está dentro do padrão. *Cruzeiro do Sul* [Internet]. 15 ago. 2015 [acesso em 25 fev. 2016]. Disponível em: <http://www.jornalcruzeiro.com.br/materia/632051/agua-de-sorocaba-esta-dentro-do-padrao>
18. Aday LA. At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
19. Pereira JG, Martins WRV, Campinas LLSL, Cheiri PS. Integração academia, serviço e comunidade: um relato de experiência do curso de graduação em Medicina na atenção básica no município de São Paulo. *Mundo Saúde*. 2009;33(1):99-107.
20. Meneghim MC, Koslowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):523-9.