

# Caracterização Social dos Pacientes Atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP

Social Profile of the Patients Treated at the Discipline of Integrated Clinic of the Dental School of Araçatuba, UNESP, Araçatuba, SP, Brazil

Daniela Atili BRANDINI<sup>I</sup>

Wilson Roberto POI<sup>II</sup>

Maria de Lourdes Mobílio MELLO<sup>III</sup>

Ana Paula Ayala de MACEDO<sup>IV</sup>

Sônia Regina PANZARINI<sup>I</sup>

Denise PEDRINI<sup>I</sup>

Ricardo Dias de CASTRO<sup>V</sup>

<sup>I</sup>Professora Assistente Doutora do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), Araçatuba/SP, Brasil.

<sup>II</sup>Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), Araçatuba/SP, Brasil.

<sup>III</sup>Assistente Social do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP), Araçatuba/SP, Brasil.

<sup>IV</sup>Cirurgiã-Dentista, Araçatuba/SP, Brasil.

<sup>V</sup>Doutorando em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** Estabelecer a caracterização social dos pacientes atendidos na clínica de graduação da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP).

**Método:** Amostra por conveniência compreendendo 289 indivíduos. Os dados foram obtidos pela técnica direta intensiva, tendo por instrumento um formulário. A classificação social foi determinada considerando os seguintes itens: salário, moradia própria, bens de consumo e escolaridade, que permitiram enquadrar os indivíduos nas classes sociais baixa inferior, baixa média, baixa superior, média inferior, média média, média superior, alta inferior, alta média e alta superior.

**Resultados:** Verificou-se que 52,9% estão empregados, 49,1% são responsáveis pela manutenção financeira da família, tem faixa salarial familiar entre 2 e 4 salários mínimos (SM) em 44,3% e faixa salarial individual abaixo de 2SM em 41,2%. Além disso, observou-se que 3,5% são analfabetos, 32,9% possuem habitação própria regular e 51,2% pertencem à classe baixa superior. A relação entre os fatores econômicos, sociais, culturais e educacionais determina um padrão de comportamento gerador ou não de saúde, este fato pede mudança no comportamento tanto dos usuários quanto dos profissionais da saúde no que compete principalmente à ação educacional.

**Conclusão:** A maioria dos pacientes atendidos pela disciplina de Clínica Integrada é da classe baixa superior, sendo esse dado um importante indicador de planejamento das ações a serem desenvolvidas na clínica, favorecendo um atendimento de qualidade e com compromisso social.

## DESCRITORES

Escolas de Odontologia; Classe Social; Saúde pública; Serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To establish the social profile of the patients treated at the undergraduate clinic of the Discipline of Integrated Clinic of the Dental School of Araçatuba, UNESP, Araçatuba, SP, Brazil.

**Method:** Convenience sample comprising 289 subjects. The data were obtained by the intensive direct technique, using a custom-made questionnaire for data collection. The social classification was determined considering the following items: wage, owning the house, consumer goods and education level. These items allowed assigning the subjects to the following social classes: lower low class, middle low class, higher low class, lower middle class, middle middle class, higher middle class, lower high class, middle high class and higher high class.

**Results:** In the studied sample, 52.9% were employed, 49.1% were responsible for the financial support of their family, the family income ranged from 2 to 4 minimum wages for 44.3% and individual income below 2 minimum wages for 41.2%. Additionally, it was observed that 3.5% were illiterate, 32.9% owned their house and 51.2% belonged to the higher low class. The relationship among the economical, social, cultural and educational factors determines a behavioral pattern that produces health or not. This fact requires a change in the behavior of both the users and health professionals, especially as far as the educational actions are concerned.

**Conclusion:** The majority of the patients treated at the Discipline of Integrated Clinic pertain to the higher low class. This result in an important indicator for planning the activities to be performed in the clinic in order to provide a high-quality treatment with social commitment.

## DESCRIPTORS

Dental School; Social class; Public health; Health service.

## INTRODUÇÃO

Apesar do forte compromisso com a formação profissional qualificada e preparada para atuar na sociedade na qual está inserida, as Universidades ainda funcionam como prestadoras de serviços à comunidade. No âmbito da saúde, as Instituições de Ensino Superior (IES) devem atuar consoante aos pressupostos do sistema de saúde vigente no país, já que se apresentam como possibilidade de atendimento para milhares de usuários dos serviços de saúde. Dentro desse contexto, as clínicas odontológicas pertencentes as IES devem atender as demandas acadêmicas e dos usuários que as procuram, devendo estar preparadas para resolução dos problemas de usuários que apresentam condições socioeconômicas variadas.

Utilizaremos o termo Classe Social para designar a condição socioeconômica a qual os indivíduos estão inseridos. Assim, Pereira<sup>1</sup> o define como uma variável que abrange as relações econômicas, bem como as sociais, políticas e ideológicas. Ela deve ser compreendida como um conjunto de fatores que influencia o padrão de vida das pessoas, sendo determinante no poder de consumo de bens materiais, bem como na aquisição e utilização dos serviços de saúde.

No âmbito da saúde bucal, a literatura relata a estreita relação entre as condições de saúde bucal e o perfil socioeconômico dos indivíduos<sup>2-6</sup>. O nível educacional e o tipo de trabalho podem influenciar na atitude do indivíduo em relação à busca pelo serviço odontológico<sup>7,8</sup>.

Avaliando a saúde bucal de pacientes submetidos a serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato quanto à satisfação com a aparência dos dentes, com a capacidade de mastigação; percepção da necessidade atual de tratamento dentário, presença de dor de dente no último mês antes da visita ao dentista e tipo de tratamento recebido na última visita ao dentista (cirúrgico, restaurador ou preventivo), Matos et al.<sup>9</sup> relataram que os usuários do serviço privado estavam mais satisfeitos com a aparência e mastigação, tinham menor necessidade de tratamento e com maior chance de receber tratamento restaurador ou preventivo enquanto os do serviço público o tratamento era cirúrgico.

Manski e Moeller<sup>10</sup> avaliando uma população de 21.571 participantes quanto ao uso de serviços odontológicos privados, constataram que 50% apresentavam condições socioeconômicas favoráveis, estando os serviços de diagnóstico (30%) e prevenção (29%) entre os mais procurados. Os resultados da referida pesquisa ainda mostram que dos profissionais procurados pelos pacientes 95,4% eram clínicos gerais.

Estudando a relação entre classe social, idade e extrações dentárias Guimarães e Marcos<sup>11</sup> concluíram que a perda do elemento dentário se dá mais cedo na vida do paciente da classe social baixa. Um maior nível de

escolaridade e maior renda foram positivamente associados à visita regular ao cirurgião-dentista<sup>12</sup>.

Foi observada uma estreita relação entre a prevalência de cárie e a condição sócio-econômica<sup>13,14</sup>, sendo encontrado valores de CPO-D médios mais altos para os grupos de menor condição social. Indivíduos acima de 72 anos, de classes sociais mais baixas, têm menor acesso aos serviços de saúde dental e pior saúde oral quando comparado aos de classes sociais mais altas<sup>15</sup>.

O processo de planejamento das ações a serem desenvolvidas em uma instituição de prestação de serviços de saúde, como a Clínica Integrada, deve ser orientado, entre outras coisas, pela condição socioeconômica em que os usuários estão inseridos, o que influencia diretamente no plano de tratamento empregado para cada paciente. Assim, este estudo apresenta relevante importância para o ensino de graduação pelo fato de chamar atenção para importância de se considerar as questões sociais no processo de planejamento dos planos de tratamento para pacientes odontológicos, contribuindo para formação de um Cirurgião-Dentista comprometido e preparado para atuar em um mercado de trabalho tão competitivo. Dessa forma, buscou-se estabelecer a caracterização social dos pacientes atendidos na clínica de graduação da Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP).

## METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UNESP, durante os anos de 2003 a 2005, constituindo-se assim uma amostra por conveniência de 289 indivíduos.

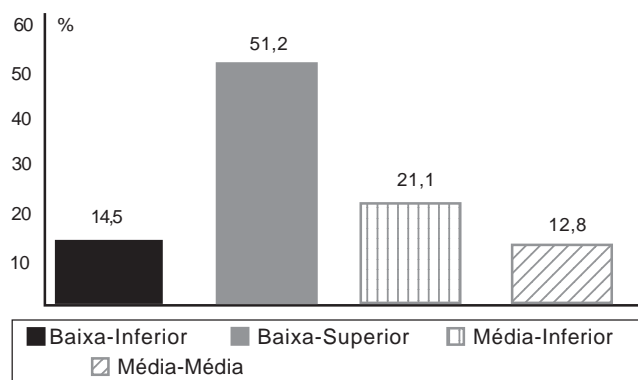
Como instrumento de pesquisa, foi elaborado um formulário de acordo com os critérios de classificação social proposto por Graciano et al.<sup>16</sup>, sendo este aplicado por quatro pesquisadores previamente treinados. Obedecendo à regulamentação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOA/UNESP.

A coleta dos dados foi realizada durante a reunião anual que ocorre com participação dos usuários da Clínica Integrada com finalidade de explanação das normas de atendimento da instituição.

A classificação social foi determinada considerando os seguintes itens: salário, moradia própria, bens de consumo e escolaridade<sup>16</sup>, que permitem a classificação socioeconômica baseada em sistema de pontos de acordo com os critérios de avaliação, sendo assim enquadrados nas classes sociais baixa inferior, baixa média, baixa superior, média inferior, média média, média superior, alta inferior, alta média e alta superior.

## RESULTADOS

Dentre os participantes, 51,2% pertencem à classe baixa superior, 21,1% à classe média inferior. Em uma visão geral 65,4% são da classe baixa e 34,2% da classe média. As classes média-média, média superior e alta não tiveram representação (Figura 1).



**Figura 1. Classe social dos pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada da FOA/UNESP no período de 2003 a 2005.**

A maioria dos participantes (49,1%) é responsável pela manutenção financeira da família. Somente 11,1% não têm nenhuma responsabilidade financeira, sendo que 38,7% são colaboradores na obtenção da renda familiar e 1% não respondeu.

A maioria dos participantes relatou ter uma renda salarial mensal (84,5%), sendo que destes, 52,9% estavam empregados, 14% aposentados e 17,6% sub-empregados. 14,7% estavam desempregados e 0,8% não respondeu.

Verificou-se que 9% dos participantes tinham uma renda individual superior a 4 salários mínimos (SM), sendo que a maioria (41,2%) ganhava abaixo de 2 SM. A renda familiar mensal para 26% é acima de 4 SM. 44,3% recebem entre 2 e 4 SM, 21,8% estão abaixo de 2 SM e 4,8% não possuem renda.

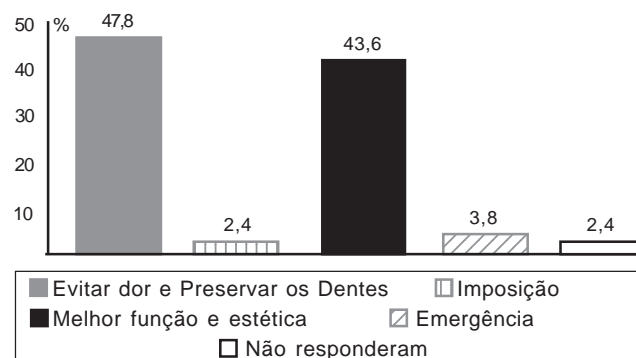
Quanto ao nível de escolaridade, 59,6% não apresentam o ensino médio completo, 29,6% concluíram o ensino médio e 3,5% são analfabetos. Sendo que somente 7,3% cursaram ou estão cursando uma faculdade.

A maioria dos participantes (58%) tem casa própria, sendo que destes 4% consideram-na insatisfatória, 21% boa e 33% regular; 3% possuem casa cedida por benefício, 7% cedida por necessidade, 12% financiada, 18% alugada e 2% hipotecada.

No que se refere à utilização dos serviços de saúde, na população estudada 67,9% dependem unicamente do SUS, 6,1% utilizam o SUS e outros convênios, 7,3% são usuários do IAMSP, 2,1% fazem tratamento médico particular, 10,4% utilizam a UNIMED,

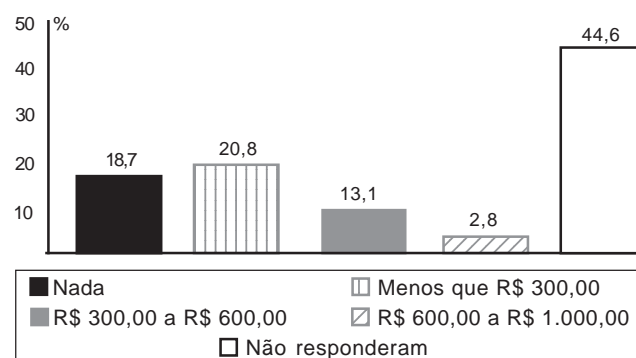
4,8% têm outras formas de tratamento e 1,4% não responderam.

Quanto ao motivo que os fizeram procurar o tratamento odontológico, 47,8% o fez para evitar a dor e preservar os dentes, 43,5% para melhorar a função e estética bucal, 2,4% por imposição de familiares, amigos ou do trabalho, somente 3,7% o fez por motivos emergenciais e 2,4% não responderam (Figura 2).



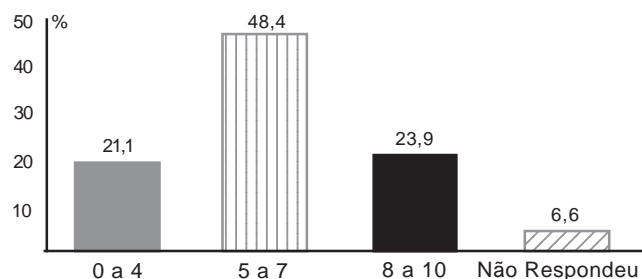
**Figura 2. Motivo para a procura do tratamento odontológico entre os pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada no período de 2003 a 2005.**

Dentre os entrevistados 18,7% não poderiam pagar pelo tratamento protético proposto, 20,8% poderiam pagar um trabalho protético inferior a R\$ 300,00, 13,1% entre R\$ 300,00 e 600,00, 2,8% entre R\$ 600,00 e R\$ 1.000,00 e 44,6% não responderam (Figura 3).



**Figura 3. Valor em Reais que os pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada no período de 2003 a 2005 poderiam investir no tratamento protético, sendo este parcelado em 4 vezes.**

Segundo a sua própria avaliação de saúde bucal, através de uma escala onde se atribuiu nota de 0 a 10, considerando a sua satisfação com a estética bucal, mastigação, sangramento gengival, número de dentes perdidos, mau hálito e a necessidade de uso de prótese, 21,1% dos entrevistados deram-se nota de 0 a 4, 48,4% de 5 a 7, 23,8% de 8 a 10 e 6,6% não responderam (Figura 4).



**Figura 4. Nota da auto-avaliação de saúde bucal realizada pelos pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada no período de 2003 a 2005.**

## DISCUSSÃO

Conhecer o padrão socioeconômico de usuários de serviços públicos é de extrema importância no processo de planejamento das atividades a serem realizadas nas clínicas de instituições de ensino superior, bem como é determinante na construção do plano de tratamento a ser proposto para cada paciente.

A classificação adotada nesse estudo para estratificar as diferentes condições sociais apresentadas pelos usuários da Clínica Integrada da UNESP/Araçatuba, considerou aspectos relativos ao padrão de consumo, renda familiar, moradia e escolaridade. Assim, os dados obtidos permitem comparações com outros estudos disponíveis na literatura pelo fato de englobarem critérios utilizados pelos principais indicadores de classificação socioeconômica, por exemplo, o Critério de Classificação Econômica Brasil, conhecido como Critério Brasil, criado pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP), e que fornece dados que envolvem o poder de consumo das famílias e o nível de escolaridade do chefe da família<sup>17</sup>.

Os pacientes atendidos na Disciplina de Clínica Integrada de Araçatuba – UNESP nos anos de 2003, 2004 e 2005 foram das classes sociais baixas. Não foi atendido nenhum paciente das classes altas inferior, média e superior o que se mostra coincidente com os achados da literatura quanto ao atendimento odontológico nas universidades brasileiras<sup>6,18-20</sup>. A literatura revela um número maior de necessidade de tratamento acumulados nos pacientes de extratos sociais menos favorecidos<sup>20</sup>.

Observou-se que vários entrevistados tinham salário individual baixo e renda familiar média, pois 41,2% tinham uma renda abaixo de dois salários mínimos, o trabalho de todos os membros destas famílias mostrou-se significativo na melhora da situação econômica, pois somente 21,8% (antes 41,2%) permanecem com uma renda abaixo de 2 SM e 4,8% sem renda alguma (antes 15,3%). Sendo que 49,1% são responsáveis pela manutenção financeira da família e 49,8% estava empregado.

Mesmo assim, a maioria dos entrevistados podia pagar um trabalho protético inferior a R\$ 300,00, o que não corresponde a um honorário razoável pela complexidade dos casos que se apresentam na clínica. Muitas pessoas prolongam o tempo de tratamento por não apresentarem condição econômica de contribuir com o tratamento protético, o que as fazem desistir do tratamento naquele ano, na esperança de ingressar novamente no outro ano com melhores condições financeiras para o cumprimento integral do tratamento.

Todas estas variáveis somadas a um baixo grau de instrução, considerando que 59,6% não apresentam o segundo grau completo, podem justificar a busca por tratamento curativo de alta complexidade. Para indivíduos de baixa renda, as principais barreiras ao tratamento são a percepção da necessidade e o custo<sup>19-23</sup>.

No município de Florianópolis/SC observaram-se diferenças estatisticamente significativa na prevalência e severidade de cárie (CPO-D) entre jovens de 18 anos de idade, sendo os piores indicadores verificados nos grupos de menor escolaridade e renda. Estes dados complementam os achados de Couto et al.<sup>25</sup> os quais relataram que o fator sócio-econômico interferiu marcadamente no acesso a informação, cuidado com a saúde bucal de seus filhos, dieta e uso de fluoretos. Considerando ainda que o Cirurgião-Dentista seja um ator importante na promoção de bons hábitos de higiene oral e conseqüentemente satisfatória condição de saúde bucal, pode-se supor que as pessoas que não tem acesso ao tratamento odontológico apresentam maiores dificuldades para alcançar uma boa saúde bucal.

Existe uma estreita relação entre as condições de saúde bucal e padrões sociais, mesmo em países que apresentam declínio na prevalência de cárie dentária<sup>26</sup>. Esta situação mostra que os métodos coletivos de prevenção da cárie dentária, como a fluoretação das águas de abastecimento público, apesar de serem efetivos, não conseguem superar as desigualdades de acesso a outros meios preventivos, como materiais de higiene, adequação da dieta e outras formas de prevenção, uma vez que a cárie é uma doença multifatorial. Estas desigualdades condicionam o acesso ao serviço de saúde, que no caso do Brasil, são insatisfatórios na rede pública e, para muitos, inacessíveis na rede privada. É lícito concluir que há necessidade de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos para que o quadro de saúde seja alterado.

O ensino técnico e voltado apenas para o mercado de trabalho não atende aos interesses da comunidade, uma vez que ele não contribui para a melhoria da realidade social brasileira<sup>19</sup>.

O atendimento odontológico voltado para a comunidade é essencial para cumprir com as propostas de trabalho das Universidades públicas brasileiras,



quanto ao ensino de qualidade e extensão, além disso, beneficia uma população que não tem acesso a um tratamento odontológico especializado, já que a maioria dos serviços ofertados pelo serviço público municipal está classificada como de atenção básica, ou seja, ainda existe um déficit na oferta de serviços odontológicos especializados, apesar da crescente implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A auto-estima é uma variável importante na ascensão do nível social e comportamento de saúde oral<sup>27</sup>, pois somente 23,9% dos entrevistados neste estudo se auto-avaliaram, quanto à saúde bucal, com nota acima de 8, este dado pode estar relacionado tanto a conscientização dos problemas bucais quanto a auto-estima. O último levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira (Projeto SB Brasil)<sup>28</sup>, retrata resultados referentes a autopercepção em saúde bucal, onde 40,95% a classificaram como boa. Esse dado corrobora com os achados na nossa pesquisa.

A relação entre os fatores econômicos, sociais, culturais e educacionais determina um padrão de comportamento gerador ou não de saúde, este fato pede mudança no comportamento tanto dos usuários quanto dos profissionais da saúde no que compete principalmente à ação educacional.

O desenvolvimento de uma visão abrangente do quadro social permite ao estudante crescer como indivíduo, consciente e atuante, procurando transformar assim, a realidade numa vivência plena de cidadania<sup>19</sup>.

## CONCLUSÃO

A maioria dos pacientes atendidos na Clínica Integrada pertence às classes econômicas mais desfavoráveis. Esse dado apresenta-se como importante indicador utilizado no processo de planejamento das atividades a serem desenvolvidas, refletindo em um serviço prestado de qualidade e comprometido com as questões sociais.

## REFERÊNCIAS

1. Pereira LCB. O caráter cíclico da intervenção estatal. *Rev Economia Política* 1989; 3(9):115-29.
2. Melo CF. Determinantes sócio-sanitários do acesso a serviços odontológicos: análise em nível municipal no Brasil. [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005
3. Moysés SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2000; 1(1):7-15.
4. Pinnheiro RS, Viancava F, Travassos C, Brito AS, Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva* 2002; 7(4):687-707.
5. Silva RS. Novos avanços em saúde bucal coletiva. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000; 54(6):429-40.

6. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(1):44-9.
7. Tomita NE, Sheiham A, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. *Pesq Odont Bras* 2000; 14(2):169-75.
8. Biro PA, Hewson ND. A survey of patients' attitudes to their dentist. *Aust Dent J* 1976; 21(5):388-94.
9. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: Avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2):237-43.
10. Manski RJ, Moeller JF. Use of dental services. An analysis of visits, procedures and providers, 1996. *J Am Dent Assoc* 2002; 133(2):167-75.
11. Guimarães MM, Marcos B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. *Rev CROMG* 1996; 2(1):15-20.
12. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: Estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(3):661-8.
13. Ai-Mohammadi SM, Rugg-Gun AJ, Butler TJ. Caries prevalence in boys aged, 2, 4 and 6 years according to socioeconomic status in Riyadh. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; (25)2:184-6.
14. Van Nieuwenhuysen JP, Carvalho JC, D'hoore W. Caries reduction in belgian 12-year-old children related to socioeconomic status. *Acta Odont Scand* 2002; 60(2):123-8.
15. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrel C, Puigvert J, Alonso J. Dental health differences by social class in home-dwelling seniors of Barcelona, Spain. *J Public Health Dent* 2006; 66(4):288-91.
16. Graciano MIG, Lehfeld NAS, Neves Filho A. Critérios para classificação sócio-econômica: elementos de atualização. *Serviço Social & Realidade* 1999; 8(1):109-28.
17. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. [Acesso em 2006 Jun 26]. Disponível em: <<http://www.abep.org>>.
18. Almeida RVD, Gaião L, Padilha WVN. Perfil sócio-econômico do paciente da Disciplina de Clínica Integrada da UFPB. *Pesq Bras Odontop Clin Integr* 2003; (3)1:56-60.
19. Carvalhas HPM, Maltos KLM, Faria RA, Maltos SMM, Cavalcanti ALN, Oliveira, APL. Levantamento das classes econômicas dos pacientes atendidos nas Clínicas de Endodontia da FO/UFMG. *Arq Odontol* 2001; 37(1):45-51.
20. Watanabe MGC, Agostinho AM, Moreira A. Aspectos sócio-econômicos dos pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP. *Rev Odont USP* 1997; 11(2):147-51.
21. American Dental Association. Future of dentistry: Today's vision tomorrow's reality. Chicago: ADA Health Policy Resources Center; 2002. 38p.
22. Gil C, Abramowicz M, Sima FT, Melo LMC. Situação sócio-econômica de pacientes que freqüentam as clínicas da Faculdade de Odontologia da USP: um estudo transversal. *Rev Pós Grad* 1999; 6(1):74-83.
23. Padilha WVN, Carvalho DM, Oliveira V, Amaral MF. Associação entre indicadores de saúde bucal e nível sócio-econômico em pacientes da Clínica Integrada. *Pesq Bras Odontop Clin Integr* 2001; 1(1):31-44.
24. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3):699-706.
25. Couto CMM, Rio LMSP, Martins RC, Martins CC, Paiva SM. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-

econômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos bebê. Arq Odontol 2001; 37(2):121-32.

26. Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. Rev Paul Odontol 1996; 18(4):38-42.

27. Kallestal C, Dahlgren L, Stenlund H. Oral health behaviour and self-esteem in Swedish children. Soc Sci & Med 2000; 51(12):1841-9.

28. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 68p.

Recebido/Received: 23/02/07

Revisado/Reviewed: 25/09/07

Aprovado/Approved: 14/11/07

**Correspondência/Correspondence:**

Daniela Atili Brandini

Rua José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça

Araçatuba/SP

CEP: 16015-050