

# RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA E EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS

## RELATIONSHIP BETWEEN SENSE OF COHERENCE AND DENTAL CARIES EXPERIENCE IN CHILDREN AGED 5–10 YEARS

Thayana Maria Navarro Ribeiro de Lima<sup>1</sup>, Danúbia Veloso de Araújo Beringuel<sup>2</sup>, Eliane Batista de Medeiros Serpa<sup>3</sup>, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa<sup>3</sup>, Simone Alves de Sousa<sup>3</sup>.

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

2. Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

3. Professora Doutora do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba, UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

### Palavras-Chave:

*Senso de Coerência. Cárie Dentária. Criança.*

### RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo compreender a relação entre o Senso de Coerência (SOC) dos responsáveis e a experiência de cárie dentária dos escolares de 5 a 10 anos da Escola de Educação Básica da Universidade Federal da Paraíba (EEBAS/UFPB). Participaram do estudo 120 crianças e responsáveis. Os exames clínicos foram realizados na própria escola, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos responsáveis. Os responsáveis responderam o SOC-13. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial. Foi encontrado que os valores de ceo-d e CPO-d variaram 0 a 8, com 76,2% de valor para o componente cariado. Não houve associação estatisticamente significativa entre o SOC dos responsáveis e a experiência de cárie dos alunos. Também não foi encontrada relação entre o SOC e ceo-d, idade, sexo e série escolar. No entanto, o SOC parece ter uma influência significativa no comportamento e impactar em aspectos socioeconômicos.

### Keywords:

*Sense of Coherence. Dental Caries. Child.*

### Abstract

*This study aimed to comprehend the relationship between parental Sense of Coherence (SOC) and dental caries experience in children aged 5–10 years at the Basic School of Federal University of Paraíba. The sample was composed of 120 children and their parents. Clinical examinations were performed at the school, after signing the Term of Free and Informed Consent (TFIC) by the parents. The parental SOC was measured using the 13-item version (SOC-13). The data obtained were submitted to descriptive and inferential statistical analyses. The values of dmft and DMFT ranged from 0 to 8, with a predominance of the decayed component (76.2%). There was no statistically significant association between parental SOC and dental caries experience in the students. In addition, parental SOC was not significantly associated with dmft, age, gender, or school grade. Nonetheless, the SOC seems to have a significant influence on behavior and impact on socio-economic aspects.*

### Autor correspondente:

Simone Alves de Sousa

Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde – Campus I – Jardim Cidade Universitária, João Pessoa - PB - CEP 58059-900

Fone: (83) 3216-7251. E-mail: simonealvess.sousa@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A cárie na primeira infância é definida pela presença de lesões não cavitadas ou cavitadas em qualquer dente decíduo de uma criança com menos de seis anos de idade<sup>1</sup> e sua prevalência em dentes decíduos para crianças com 5 anos é de 2,43 dentes, havendo destaque para o componente cariado<sup>2</sup>. Pelo seu caráter multifatorial, tal condição é bastante influenciada por características socioeconômicas, além da exposição ao açúcar<sup>3</sup>. Portanto, torna-se necessário discutir sobre os múltiplos fatores que originam tal desordem, com destaque para as questões psicossociais dos indivíduos.

Quando a presença de lesões cariosas envolve um ou mais dentes decíduos, levando à perda ou restauração dentária em um período anterior aos 6 anos de idade pode afetar o desenvolvimento da dentição humana e fomentar outros desequilíbrios de saúde, como distúrbios endócrinos<sup>3</sup>.

Atualmente se busca entender os determinantes sociais dessa patologia, tais como o nível socioeconômico e o acesso aos serviços de assistência à saúde. Esses fatores adquirem destaque quando se almeja uma análise integral do ser humano, especialmente dos mais jovens<sup>4</sup>.

Compreendendo a saúde em uma perspectiva biopsicossocial, o Senso de Coerência (SOC) enquadra-se na Teoria da Salutogênese – ideia na qual entende-se que a forma como as pessoas lidam com os fatores estressores determina diretamente as condições de saúde que elas apresentam<sup>5</sup>. O SOC pode ser apreendido pelo questionário de Antonovsky (1987)<sup>6</sup>. Tal instrumento foi validado em 2009<sup>6,7</sup> e utilizado em 2016<sup>8</sup> com adaptação sociocultural, sendo encontrado disponível nas versões longa (29 questões) ou curta (13 questões) sob forma de uma escala do tipo Likert<sup>9</sup> capaz de quantificar o grau de adaptação humana em condições adversas<sup>5,10</sup>. Tal instrumento apresenta três partes: compreensão, gerenciamento e significado<sup>8</sup>.

É possível entender, a partir da avaliação das respostas do SOC, como um indivíduo se adapta aos momentos de estresse e que o valor encontrado referente aos pais ou cuidadores bem como tipo de escola (pública ou privada), idade dos cuidadores e número de crianças na família pode influenciar diretamente na saúde bucal de infantes<sup>11</sup>.

Nesse contexto, as crianças apresentam uma situação de maior atenção já que, por estarem em formação, desenvolvem-se submetidas à figura de um adulto e as ações de cunho preventivo para cárie dentária e outras condições de saúde devem ser priorizadas na educação desse cuidador<sup>12</sup>. Pai, mãe, avô, avó, madrastra, padrasto ou qualquer outro responsável passa a ser o provedor de cuidado do infante e a forma como esse ser de mais idade se enxerga nos seus contextos individuais de vida determina todo o bem-estar da criança<sup>13,14</sup>.

Justifica-se, portanto, estudar se o SOC de um responsável pode influenciar em altos índices de cárie dentária de uma criança ou não apresentar nenhuma significância. Assim, entendendo a escola como sendo um local de amplo impacto frente à formação de hábitos saudáveis, sobretudo relacionados à saúde bucal, por prover e direcionar estratégias em projetos pedagógicos, essa passa a ser um cenário favorável para ações de promoção de saúde com o perfil supracitado<sup>15</sup>.

A Escola de Educação Básica (EEBAS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) contempla séries da Educação Infantil (Infantil III até Infantil V) e as primeiras etapas do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) nos turnos da manhã e da tarde. Os alunos da escola são filhos ou parentes de funcionários da universidade ou também moradores das localidades circunvizinhas.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi compreender a relação entre a experiência de cárie dentária dos escolares da EEBAS da UFPB e o Senso de Coerência dos seus responsáveis.

## METODOLOGIA

Foi executado um estudo observacional do tipo transversal, descritivo e inferencial com abordagem quantitativa<sup>16</sup>. Em consonância com os princípios éticos necessários para as pesquisas envolvendo seres humanos, os procedimentos para execução deste estudo respeitaram as diretrizes e normas, aprovadas pela Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – CNS. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde, UFPB, pela Plataforma Brasil, sob número CAAE: 91348218.6.0000.5188.

O universo foram 464 pessoas, sendo 232 crianças regularmente matriculadas na Escola de Educação Básica da Universidade Federal da Paraíba (EEBAS – UFPB) e um responsável por cada aluno, totalizando, também, 232 responsáveis. Após o cálculo amostral, intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%, a amostra foi composta por 240 pessoas, sendo 120 crianças e 120 responsáveis. Para participar do estudo, o responsável pela criança deveria ser uma pessoa que convivesse com a mesma, que aceitasse responder ao questionário, bem como assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A criança para ser incluída

deveria estar regularmente matriculada na EEBAS e permitir a realização do exame intraoral com assinatura de Termo de Assentimento quando alfabetizadas. Foram excluídas as crianças que estavam doentes e/ou apresentassem comportamento incompatíveis com a realização do exame intraoral.

Os dados para avaliação do SOC foram coletados a partir do questionário SOC-13 que apresentava 13 questões objetivas. Em ficha desenvolvida pelos pesquisadores, foram registrados: índices de ceo-d (dentes decíduos cariados, indicados para extração ou obturados) e CPO-D (dentes permanentes cariados, extraídos ou obturados). Também foram anotadas informações individuais do aluno como série escolar e idade. As crianças com necessidade de tratamento odontológico foram encaminhadas e acolhidas em uma das clínicas de atendimento infantil da UFPB.

A coleta de dados foi realizada de agosto a dezembro de 2019 por meio do envio do questionário aos responsáveis e, para tal fim, foi utilizada a agenda escolar das crianças.

Os exames clínicos foram realizados individualmente com o uso de espelhos clínicos esterilizados, nas dependências da própria escola, sob luz natural, estando as crianças sentadas em uma cadeira. Os examinadores ficaram sentados de frente para o participante, em posição ergonômica, de modo que tivessem visão direta de sua boca. Utilizaram-se equipamentos de proteção individual (tocas, luvas e máscaras), gaze, espátulas de madeira e instrumentais esterilizados para a coleta dos exames intraorais. Os dados foram anotados por outro pesquisador, concomitantemente.

Foi realizado um estudo piloto em 10% da população, perfazendo 24 crianças e 24 responsáveis, a fim de verificar a metodologia proposta no questionário e calibrar a equipe examinadora responsável. Essas crianças foram excluídas da pesquisa bem como seus respectivos cuidadores. Os dois pesquisadores examinadores foram submetidos ao coeficiente estatístico de concordância de Kappa para mensuração de similaridade durante os exames para coleta de ceo-d e CPO-d, garantindo a confiabilidade dos dados coletados. A reprodutibilidade intra-examinador e interexaminador foi obtida através da comparação dos resultados dos examinadores obtidos no primeiro dia de análise e, após dois dias, foi considerado o valor de Kappa de 0,65, significando concordância substancial.

Os valores de ceo-d e CPO-d foram organizados em banco de dados no Excel. As respostas do questionário SOC-13 foram somadas seguindo as recomendações para uma escala do tipo Likert. A resposta assinalada adquiriu valores de 1 a 5, sendo a pontuação maior correspondente à uma resposta mais positiva diante ao perguntado e o valor total do questionário foi no mínimo 13 e no máximo 65. Nas perguntas com afirmação negativa, as pontuações foram invertidas. Todos os dados adquiridos foram tabulados em planilha no programa *Microsoft Office Excel 2013* e submetidos ao *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.

A análise dos dados foi realizada por estatística descritiva e inferencial com nível de confiança utilizado de 95% e com nível de significância de 5%. Na análise descritiva utilizou-se média, mediana, desvio padrão, frequências

absolutas e relativas. Para a análise inferencial foram aplicados Teste t de Student, Teste de Qui-quadrado, Teste de correlação de Spearman e Teste exato de Fisher.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 120 crianças, na faixa etária de 5 a 10 anos (média de 7 anos), 55,8% eram do sexo masculino (n=67) e 44,2% do sexo feminino (n=53). No que diz respeito ao ceo-d, os valores obtidos foram de 0 a 8, com média de 1,5 a 1,9 e mediana 0,5. Houve destaque para o componente cariado com 76,2%.

Dos responsáveis abordados, 120 participaram do estudo, sendo 77,5% de mães, 16,7% de pais e 5,8% de avós, padrastos ou madrastas. Não foi possível obter informações detalhadas sobre o perfil dos responsáveis porque, apesar de inicialmente ter sido desenvolvido um informativo, alguns cuidadores não tiveram atenção quanto ao preenchimento e esses dados precisaram ser excluídos do estudo.

Com relação aos escores do SOC dos responsáveis, o valor mínimo obtido foi 23 e o máximo 49, com média de  $36,5 \pm 5,4$ . A tabela 1 apresenta resultados sobre a relação do SOC com a experiência de cárie das crianças.

**Tabela 1**– Tamanho da amostra, média, desvio-padrão, variação e intervalo de confiança do SOC dos responsáveis e sua diferença em relação à experiência de cárie.

Experiência de cárie	n	SOC		p*
		Média ± DP (variação)	IC (95%)	
Sim	60	36,7 ± 5,7 (24 – 48)	35,2 – 38,2	0,700
Não	60	36,3 ± 5,2 (23 – 49)	34,9 – 37,7	

\*Teste t de Student.

Utilizando o teste de correlação de Spearman, não foi identificada correlação entre os valores do SOC e o índice de ceo-d ( $p=0,502$ ;  $r=0,062$ ).

Avaliando a relação entre a experiência de cárie, o sexo das crianças e o SOC dos responsáveis, não foi encontrada associação estatisticamente significativa (Tabela 2).

**Tabela 2**– Distribuição absoluta e relativa da amostra e associação da experiência de cárie com o sexo dos pacientes e o SOC dos responsáveis.

Variáveis	Experiência de cárie		p*
	Sim n (%)	Não n (%)	
Sexo			
Masculino	36 (53,7)	31 (46,3)	0,358
Feminino	24 (45,3)	29 (54,7)	
SOC			
Baixo ( $\leq 36$ )	30 (49,2)	31 (50,8)	0,855
Alto ( $> 36$ )	30 (50,8)	29 (49,2)	

\*Teste de Qui-quadrado.

Avaliando a relação entre a experiência de cárie, o sexo das crianças e o SOC dos responsáveis por idade, não foi observada associação estatisticamente significativa (Tabela 3).

**Tabela 3**– Distribuição absoluta e relativa da amostra e resultados da análise de associação da experiência de cárie com o sexo dos pacientes e o SOC dos responsáveis, de acordo com as idades das crianças.

Idade/variáveis	Categorias	Experiência de cárie		p*
		Sim n (%)	Não n (%)	
<b>5 anos</b>				
Sexo	Masculino	3 (33,3)	6 (66,7)	0,497
	Feminino	0 (0,0)	4 (100,0)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	1 (14,3)	6 (85,7)	0,559
	Alto ( $> 36$ )	2 (33,3)	4 (66,7)	
<b>6 anos</b>				
Sexo	Masculino	9 (45,0)	11 (55,0)	0,713
	Feminino	4 (33,3)	8 (66,7)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	10 (52,6)	9 (47,4)	0,147
	Alto ( $> 36$ )	3 (23,1)	10 (76,9)	
<b>7 anos</b>				
Sexo	Masculino	4 (40,0)	6 (60,0)	0,600
	Feminino	1 (20,0)	4 (80,0)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	2 (28,6)	5 (71,4)	1,000
	Alto ( $> 36$ )	3 (37,5)	5 (62,5)	
<b>8 anos</b>				
Sexo	Masculino	8 (57,1)	6 (42,9)	0,420
	Feminino	10 (76,9)	3 (23,1)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	7 (63,6)	4 (36,4)	1,000
	Alto ( $> 36$ )	11 (68,8)	5 (31,3)	
<b>9 anos</b>				
Sexo	Masculino	7 (100,0)	0 (0,0)	0,088
	Feminino	5 (55,6)	4 (44,4)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	5 (62,5)	3 (37,5)	0,569
	Alto ( $> 36$ )	7 (87,5)	1 (12,5)	
<b>10 anos</b>				
Sexo	Masculino	5 (71,4)	2 (28,6)	0,335
	Feminino	4 (40,0)	6 (60,0)	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	5 (55,6)	4 (44,4)	1,000
	Alto ( $> 36$ )	4 (50,0)	4 (50,0)	
<b>Total</b>				
Sexo	Masculino	36	31	
	Feminino	24	29	
SOC	Baixo ( $\leq 36$ )	30	31	
	Alto ( $> 36$ )	30	29	

\*Teste exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

A questão filosófica da Teoria da Salutogênese está em buscar a "origem da saúde" nas considerações envolvidas na sua criação ou manutenção (Antonovsky, 1979)<sup>17</sup>. O SOC é um constructo que pode revelar informações importantes para o desenvolvimento de ações de prevenção de saúde bucal específicas para o grupo estudado<sup>18</sup>.

Sobre a experiência de cárie da população estudada, os resultados mostraram 60 crianças com ceo-d/CPO-d maior ou igual a 1. Com, pelo menos, 2 dentes com histórico de cárie (1,5 a 1,9), foram encontradas 49 crianças, em acordo com os dados de Camargo *et al.* (2018) que encontraram 10 crianças com ceo-d de 1 a 5 (40%), 12 crianças com ceo-d de 6 a 10 (48%) e 3 crianças com ceo-d 11 a 14 (12%) dentre as 25 examinadas e que apresentaram desordens bucais pela ausência de higiene oral, alta frequência de aleitamento noturno e utilização de açúcares na alimentação. O estudo de Dias *et al.* (2019) mostrou prevalência alta de cárie (90%) em 280 crianças de escolas públicas com destaque no ceo-d para a variável "não tratado" assim como o obtido na EEBAS (76,2%). Os achados do presente trabalho mostram menos destaque para as cáries em dentes decíduos do que nos dentes permanentes, diferente dos achados<sup>3</sup> que obtiveram uma baixa prevalência de cárie dentária nos primeiros molares permanentes.

Sobre a relação do SOC dos responsáveis e a experiência de cárie dentária das crianças, os achados da presente pesquisa estão em desacordo com os demais estudos<sup>5,12,19,20</sup> que encontraram correlação inversa entre essas duas variáveis. Provavelmente, este desencontro dá-se pela diferença no número amostral, bem como na dificuldade no preenchimento e devolução correta do questionário pelos responsáveis da presente pesquisa. Desta forma, participantes foram descartados e dados sociodemográficos não foram coletados, limitando as variáveis do estudo.

Diversos trabalhos investigaram a relação do SOC de adolescentes e/ou seus responsáveis e a saúde oral<sup>21, 22, 8, 23, 24, 25, 26, 27</sup>, entretanto, o entendimento da influência dos pensamentos, atitudes e comportamento dos cuidadores frente às adversidades sobre a qualidade de vida e saúde da criança justifica a presente pesquisa.

Revisões sistemáticas<sup>10, 28</sup> ao analisarem a relação entre SOC e cárie em estudos com alta qualidade envolvendo, sobretudo, mães e adolescentes, mostraram associação entre níveis mais altos de SOC das mães e baixo nível de experiência de cárie dentária em adolescentes. Entretanto, Gomes *et al.* (2018) alertaram para a necessidade de serem feitos mais estudos populacionais para confirmar tais evidências em crianças, por serem dependentes e diretamente influenciadas pelos seus cuidadores.

Ações para melhorar o SOC das mães das crianças pré-escolares deveriam ser objetivo de políticas de promoção de saúde bucal e qualidade de vida dessas crianças<sup>18</sup>. A abordagem salutogênica na promoção de saúde bucal contribui no fortalecimento de ações comunitárias, reorientando os serviços de saúde, contribuindo para políticas públicas saudáveis e criando ambientes de suporte.

De acordo com Kaur *et al.* (2017), o SOC alto está correlacionado com menos queixas subjetivas e sintomas de doença, podendo ser considerado preditor positivo para a situação de saúde bucal<sup>22</sup>. Por isso, a educação odontológica para crianças deve iniciar na tenra idade para evitar o desenvolvimento de baixo SOC com relação à procedimentos de prevenção de doenças bucais.

Embora a salutogênese investigue recursos e capacidade das pessoas em explorar soluções em suas vidas em situações de adversidade, a condição de privação material deve ser considerada. Uma sociedade mais igualitária deve maximizar os recursos e capacidade de dos seus cidadãos<sup>18</sup>.

## CONCLUSÃO

O Senso de Coerência dos responsáveis de crianças de 5 a 10 anos pode prever os fatores cognitivos e comportamentais que suportarão as ações políticas de prevenção e manutenção da saúde bucal desta população. É importante um aprofundamento em questões socioeconômicas que, conforme verificado na literatura, pode contribuir no desenvolvimento de lesões cariosas em indivíduos desde a mais tenra idade.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

A pesquisa foi realizada com recursos próprios, sem recursos de fomento de instituições públicas ou privadas.

## REFERÊNCIAS

1. Pitts N, Baez R, Diaz-Guallory C, et al. Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration. *Int J Paediatr Dent.* 2019; 29:384-386.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira 2010 – 2011: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Dias AP, Marques RB. Prevalência de cárie dentária em primeiros molares permanentes de crianças de 6 a 12 anos de idade. *R. Interd.* 2017.10 (3): 78-90.
4. Camargo B, Pavinato LC, Cardoso M, Bervian J, Perussolo B, Patussi E. Características de pacientes com cárie severa da infância: análise de pacientes atendidos em centro de referência. *RFO UFP.* 2018.23 (2):133 -138.
5. Rai NK, Tiwari T. Parental Factors influencing the Development of early childhood caries in Developing Nations: a Systematic Review. *Frontiers in Public Health.* 2018.6(64):1-8.
6. Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA, Kaepler KC. Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the 'Sense of Coherence Scale' in Mothers of Preschool Children. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.* 2009. 43(1):144-153.
7. Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA, Ramos-Jorge ML, Barbabela D, Allison PJ. Relationship between Mothers'

- Sense of Coherence and Oral Health Status of Preschool Children. *Caries Res.* 2009;43:103–109.
8. Lage CF, Fulgêncio LB, Correa-Faria P, Serra-Negra JM, Paiva SM, Pordeus IA. Association between dental caries experience and sense of coherence among adolescents and mothers. *International Journal of Pediatric Dentistry.* 2016;1-8.
  9. Lacerda VR, Pontes ERJC, Queiroz CL. Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal. *Estudos de Psicologia.* 2012;29(2):203-208.
  10. Torres TAP, Corradi-Dias L, Oliveira PD, Martins CC, Paiva SM, Pordeus IA, Abreu L.A. Association between sense of coherence and dental caries: systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International.* 2019: 1-12.
  11. Possebon APR, Martins APP, Danigno JF, Langlois CO, Silva AER. Sense of coherence and oral health in older adults in Southern Brazil. *Gerodontology.* 2017;00:1–5.
  12. Neves ETB, Perazzo MF, Gomes MC, Ribeiro ILA., Paiva SM, Granville-Garcia AF. Association between sense of coherence and untreated dental caries in preschoolers: a cross-sectional study. *International Dental Journal.* 2018:1-9.
  13. Silva DDP, Camelo CCA, Carvalho MMP, Paredes SO. Experiência de cárie dentária e fatores associados em crianças pré-escolares. *Arq Odontol.* 2018.54(04):1-13.
  14. Dias TKS, FERREIRA GC, ALMEIDA LHS. Cárie na primeira infância e qualidade de vida de pacientes de zero a 3 anos. *Rev. UNINGÁ.* 2019.56 (S3):192-201.
  15. Pereira GS, Carneiro SV, Martins LFB, Bento AKM, Leite ACRM, Silva, CHF. A promoção da saúde bucal no contexto escolar: uma revisão integrativa. *Revista Expressão Católica Saúde.* 2017;2(2):9-16.
  16. Lakatos EM, Marconi MA. *Fundamentos de Metodologia Científica.* 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
  17. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS) Health and Quality of Life Outcomes. 2007;5:6.
  18. Khatri SG, Acharya S, Srinivasan SR. Mothers' sense of coherence and oral health related quality of life of preschool children in Udupi Taluk. *Community Dental Health.* 2014;31:32–36.
  19. Kaur M, Jindal R, Dua R, Gautam A, Kaur R. Salutogenesis: A new approach toward oral health promotion. *Contemp Clin Dent* 2017;8:387-90.
  20. Tomazoni F, Vettore MV, Mendes FM, Ardenghi TM. The Association between Sense of Coherence and Dental Caries in Low Social Status Schoolchildren. *Caries Research.* 2018;314–321.
  21. Coutinho VM, Heimer MV. Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014;19(3):819-827.
  22. Lyra MCA, Cruz M, Menezes V, Heimer MV. Association between Sense of Coherence and Dental Caries Experience in Adolescents. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic.* 2015;15(1):235-241.
  23. Shilpa M, Naik SP, Potdar S, Reddy SG, Patwardhan PK, Shree SS. Sense of Coherence and Oral Health Status among 16 to 17-year-old Preuniversity Students of Virajpet Taluk: A Cross-sectional Study *The Journal of Contemporary Dental Practice.* 2016;17(5):388-393.
  24. Costa AC, Rodrigues FS, Fonte PP, Rosenblatt A, Innes NPT, Heimer MV. Influence of sense of coherence on adolescents' self-perceived dental aesthetics; a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2017; 17:117.
  25. Länsimies, H., Pietilä A.-M., Hietasola-Husu S., Kangasniemi M. A systematic review of adolescents' sense of coherence and health. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2017;31(4): 651–661.
  26. Oliva MIG, Cunha IP, Silva AN, Mialhe FL, Cortellazzi KL, Meneghim MC *et al.* Senso de coerência e fatores associados ao desempenho escolar de adolescentes. *Ciênc. saúde coletiva.* 2019;24(8):3057-3066.
  27. Tóth Á, Soós R, Szovák E, Najbauer NM, Tényi D, Csábi G, Wilhelm M. Energy Drink Consumption, Depression, and Salutogenic Sense of Coherence Among Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(1290):1-12.
  28. Gomes MC, Dutra LC, Costa EMMB, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Martins CC. Influence of sense of coherence on oral health-related quality of life: a systematic review. *Qual Life Res.* 2018;27(8):1973-1983.