



Universidade Estadual Paulista

“Júlio de Mesquita Filho”

Campus de Araçatuba

Naiana de Melo Belifa

**O IMPACTO DAS DOENÇAS BUCAIS NA
QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E
NA ROTINA FAMILIAR SEGUNDO A
PERCEPÇÃO DOS PAIS**

Araçatuba - SP

2016



Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Araçatuba

Naiana de Melo Belila

**O IMPACTO DAS DOENÇAS BUCAIS NA QUALIDADE DE
VIDA DE ADOLESCENTES E NA ROTINA FAMILIAR
SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS PAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Ronald Jefferson Martins

Araçatuba – SP

2016

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

Belila, Naiana de Melo.
B431i O impacto das doenças bucais na qualidade de vida de adolescentes e na rotina familiar segundo a percepção dos pais / Naiana de Melo Belila. – Araçatuba, 2016
69 f. : il. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientador: Prof. Ronald Jefferson Martins

1. Qualidade de vida 2. Classe socioeconômica 3. Saúde bucal I. T.

Black D5
CDD 617.601



Dedicatória

Dedicatória

A **Deus**, por nunca deixar com que eu perdesse a minha fé e por nunca me deixar desistir. Por colocar em minha vida pessoas que me guiaram a caminhos que nunca pensei em seguir e que hoje não consigo me ver em outro lugar. Por secar minhas lágrimas nos momentos mais difíceis e por me devolver sorrisos através de grandes vitórias, para que eu sempre continuasse a lutar.

Aos meus pais, **Luiz Carlos** e **Sueli**, que sempre estiveram ao meu lado e nunca deixaram de acreditar em mim. Vocês são o meu espelho de luta, garra, honestidade, dignidade e compaixão. E é por vocês que nunca desistirei de lutar pelos meus objetivos e realizar meus sonhos. Vocês são meu alicerce, minha base e meu tudo. Obrigada por meio de tantas mudanças, derrotas e conquistas estarem sempre comigo. Eu amo vocês.

Se nada mudar, invente, e quando mudar, entenda.

Se ficar difícil, enfrente, e quando ficar fácil, agradeça.

Se a tristeza rondar, alegre-se, e quando ficar alegre, contagie.

E quando recomeçar, acredite.

Você pode tudo.

The background of the entire page is a repeating pattern of light gray silhouettes. Each silhouette depicts a family of four: a man, a woman, and two children, all holding hands in a line. The pattern is arranged in a grid that covers the entire page.

Agradecimentos

Especiais

Agradecimentos Especiais

Ao meu Orientador, Professor **Ronald Jefferson Martins**, por todo aprendizado e ensinamentos durante esses anos. Por sua paciência em me passar todo o seu conhecimento e por ter se tornado um exemplo de profissional e dedicação para mim. Obrigada por todas as oportunidades que colocou em meu caminho.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Professora Adjunto **Tânia Adas Saliba** e à Vice-Coordenadora Professora Titular **Suzely Adas Saliba Moimaz** pelo empenho, aprendizado, dedicação e amor incondicional ao Programa.

À Professora **Nemre Adas Saliba** e ao Professor **Orlando Saliba**, pela dedicação de uma vida inteira ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA – UNESP. Por sempre transmitir todo conhecimento a nós e por nos acolher como uma família.

À todos os **Professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA – UNESP**, que sempre tanto se empenharam e se dedicaram a nos ensinar e a passar todas as suas experiências para crescermos como profissionais.

Aos funcionários **Nilton** e **Valderez**, por sempre estarem dispostos a nos ajudar no que fosse preciso, tornando sempre o nosso trabalho mais leve e deixando nossos dias mais felizes.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba –UNESP Professor Titular **Wilson Roberto Poi** e ao Vice-Diretor Professor Titular **João Eduardo Gomes Filho**, pela oportunidade que me foi dada e por tornarem possível a execução de meu trabalho.

Aos Funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, em especial a **Ana Cláudia Grieger Manzatti**, que tanto nos ajudou e nos apoiou durante toda essa trajetória.

Aos Funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, **Valéria Queiroz Marcondes Zagatto**, **Cristiane Regina Lui Matos** e **Lilian Sayuri Mada**, por toda a dedicação e atenção que sempre foi dada a nós.

A **CAPES** (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior), pela concessão de bolsa ao curso de Mestrado.

E a todos que participaram desta pesquisa de forma direta ou indireta, para que se tornasse possível a concretização de meu Mestrado.



Agradecimentos

Agradecimentos

Às minhas irmãs, **Luana** e **Ariana**, que sempre estiveram ao meu lado, me encorajando, incentivando e torcendo por mim. Sem o apoio de vocês nada disse teria sido possível. Amo vocês.

Ao meu namorado, **Pedro Henrique**, que sempre me apoiou e esteve ao meu lado em cada momento. Que me ajudou a superar os momentos mais difíceis e que esteve presente em todas as minhas conquistas. Obrigada por fazer parte da minha vida e por ser essa pessoa tão especial. Amo você.

À minha **Família**, que sempre me deram todo o apoio e incentivo para continuar, me desejando sempre muita sorte em todas as minhas decisões.

Às minhas amigas de turma do Mestrado, **Simone** e **Amanda**, por tudo que enfrentamos e passamos juntas, sempre estando uma ao lado da outra. Obrigada por tudo.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, das turmas de **Mestrado**, **Doutorado**, **Pós-Doutorado** e **Estagiários**, por toda experiência e aprendizado compartilhado entre nós.



Επίγραφε

Epígrafe

“Fiz a escalada da montanha da vida
removendo pedras e plantando flores.”



Cora Coralina

Belila, N.M. **O impacto das doenças bucais na qualidade de vida de adolescentes e na rotina familiar segundo a percepção dos pais.** 2016. 69 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

RESUMO

A percepção sobre saúde varia conforme a cultura, crenças, costumes e meio no qual o indivíduo vive. Os objetivos do trabalho foram analisar a percepção dos pais em relação ao impacto de doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e avaliar o impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina familiar, em diferentes classes socioeconômicas. Participaram desta pesquisa todos os alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas e seus pais ou responsáveis, de dois municípios do noroeste paulista, Brasil. Aplicou-se junto ao chefe da família, o questionário “Instrumental de Avaliação Socioeconômica”, a fim de classificar as famílias quanto à classe socioeconômica, o “Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)”, para verificar a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida do filho e a Escala de Impacto Familiar – FIS (Family Impact Scale), para avaliar o impacto das doenças bucais e orofaciais de adolescentes na rotina familiar. Do total, 172 pais (41,8%) responderam a pesquisa. Desses, a maioria pertencia a Classe Baixa Superior (61%). Em relação à percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, 21,5% dos indivíduos afirmaram que consideravam como “regular ou ruim” a saúde bucal do filho e 71,5% disseram que o bem-estar geral do filho era nada ou pouco afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca. Houve associação entre subescalas da qualidade de vida, em especial “sintomas bucais”, com todas as classes socioeconômicas. Em relação ao impacto das doenças bucais na rotina familiar, observou-se relação significativa da subescala “atividade dos pais/família”, “emoções familiares” e “conflito familiar”, entre as classes Baixa Inferior x Média, Baixa Superior x Média Inferior e Baixa Superior x Média; já na subescala “encargos financeiros”, houve relação entre as classes Baixa Superior x Média. Concluímos que existe relação entre a percepção dos pais

sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e a classe socioeconômica. As doenças bucais dos adolescentes apresentam impacto sobre a rotina familiar, nas diferentes classes socioeconômicas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Classe Socioeconômica. Saúde bucal.

Belila, N.M. **The impact of oral diseases on the quality of life of adolescents and family routine according to the parents' perception.** 2016. 69 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2016.

ABSTRACT

The perception about health varies according to the culture, beliefs, customs and environment in which the individual lives. The objectives of this study were to analyze the parents' perception regarding the impact of oral diseases on children's quality of life and to evaluate the impact of oral diseases of adolescents in the family routine in different socioeconomic classes. All 11 to 14 year old students, enrolled in elementary school and their parents or guardians, from two municipalities in the northwest of São Paulo, Brazil, participated in this study. The questionnaire "Socioeconomic Evaluation Toolkit" was applied to the head of the family, in order to classify the families as to the socioeconomic class, the "Parental Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)", to verify the parents' perception of The impact of oral diseases on the child's quality of life and the Family Impact Scale (FIS), to evaluate the impact of oral and orofacial diseases of adolescents on the family routine. Of the total, 172 parents (41.8%) answered the survey. Of these, the majority belonged to the Lower High Class (61%). Regarding the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life, 21.5% of the subjects stated that they considered the oral health of their children to be "fair or poor" and 71.5% said that their well-being General of the child was unaffected or unaffected by the condition of his teeth, lips, jaws or mouth. There was an association between subscales of quality of life, especially "oral symptoms", with all socioeconomic classes. In relation to the impact of oral diseases on the family routine, a significant relationship was found in the sub-scale "parent / family activity", "family emotions" and "family conflict", between Lower Low vs. Average, Upper Low vs. Lower Middle and Lower High x Medium; Already in the subscale "financial charges", there was a relationship between the Low and High classes. We conclude that there is a relationship between the parents' perception of the

impact of oral diseases on children' s quality of life and socioeconomic status. Oral diseases of adolescents have an impact on the family routine in the different socioeconomic classes.

Keywords: Quality of life. Social class. Oral health.

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

- Figura 1 - Relação entre as subescalas do P-CPQ e classes socioeconômicas, Araçatuba, 2015. 31

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

- | | | |
|-----------|--|----|
| Tabela 1- | Número e percentual dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos e faixas socioeconômicas, Araçatuba, 2015. | 29 |
| Tabela 2- | Número e percentual dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos e faixas socioeconômicas, Araçatuba, 2015. | 30 |

Capítulo 2

- | | | |
|-----------|---|----|
| Tabela 1- | Distribuição numérica e percentual das respostas dos subgrupos do questionário FIS segundo as classes socioeconômicas, Araçatuba, 2015. | 45 |
| Tabela 2- | Associação entre os subgrupos da escala FIS e classes socioeconômicas, Araçatuba 2015. | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------------|---|
| AL | Classe Alta |
| BI | Classe Baixa Inferior |
| BS | Classe Baixa Superior |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| FIS | Family Impact Scale |
| ME | Classe Média |
| MI | Classe Média Inferior |
| MS | Classe Média Superior |
| ns | não significativo |
| P-CPQ | Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Introdução geral | 19 |
| 2 | Capítulo 1 - Nível socioeconômico e a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos | 21 |
| 2.1 | Resumo | 22 |
| 2.2 | Abstract | 23 |
| 2.3 | Introdução | 24 |
| 2.4 | Metodologia | 26 |
| 2.5 | Resultados | 29 |
| 2.6 | Discussão | 32 |
| 2.7 | Conclusão | 34 |
| | Referências | 35 |
| 3 | Capítulo 2 - O impacto na rotina familiar das doenças bucais em adolescentes de diferentes classes socioeconômicas | 37 |
| 3.1 | Resumo | 38 |
| 3.2 | Abstract | 39 |
| 3.3 | Introdução | 40 |
| 3.4 | Metodologia | 42 |
| 3.5 | Resultados | 44 |
| 3.6 | Discussão | 47 |
| 3.7 | Conclusão | 50 |
| | Referências | 51 |
| | Anexos | 54 |

1 Introdução geral

Uma boa condição de saúde bucal é fundamental para manter o bem estar geral do indivíduo, possibilitando que o mesmo seja capaz de executar com normalidade suas funções diárias e com isso ter qualidade de vida¹.

A qualidade de vida é determinada por meio da importante percepção de diferentes fatores que causam impacto na saúde bucal; fatores estes relacionados ao domínio físico, social e psicológico². A possibilidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto são, respectivamente, aspectos positivos e negativos de grande importância para se considerar um padrão de conforto e bem-estar^{3,4}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵. Este conceito é multidimensional e inclui tanto fatores positivos, quanto negativos em relação ao bem estar geral decorrente de aspectos socioeconômicos e culturais do indivíduo³.

O conceito de saúde e qualidade de vida compreende a capacidade do indivíduo de possuir bem-estar geral, emocional e felicidade diária⁶. Neste contexto, a saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral do indivíduo e seu comprometimento possui íntima relação com a perda da qualidade de vida⁷.

Por sua vez, o conhecimento e a percepção dos pais sobre saúde bucal é originada de sua cultura, crenças, costumes e meio em que vive; o que influencia diretamente no comportamento e condições bucais de seus filhos⁸. Os hábitos de higiene e alimentação saudável tendem a ser uma característica da família, sendo inequívocas as influências que os pais apresentam sobre a saúde bucal de seus filhos desde a infância até a adolescência⁹.

É no seio familiar onde ocorrem as primeiras identificações do indivíduo, constituindo a principal fonte de estímulo para o desenvolvimento de sua personalidade e essa influência se deve principalmente ao contexto cultural e as características particulares de cada família¹⁰. Desta forma, os pais exercem

papel fundamental na prevenção das enfermidades bucais, na motivação para melhora da higiene bucal e prevenção de lesões cáries de seus filhos⁷.

Pertencer a diferentes classes socioeconômicas leva a intercorrências na saúde geral e na saúde bucal da população. Assim, o processo saúde-doença é influenciado pelos diferentes níveis de escolaridade, renda e acessibilidade a serviços de saúde da população. Estudos mostram que nos níveis sociais mais altos ocorrem menores índices de cárie, quando comparado aos níveis mais carentes da sociedade, revelando que esta doença é consequência das desigualdades existentes nas sociedades¹¹.

As famílias pertencentes às classes socioeconômicas inferiores, com baixa escolaridade, dispõem de pouco acesso a informações e a saúde, o que leva ao aumento nos índices de cárie dentária entre os pais e filhos, gerando experiências desagradáveis como a dor, que ocasionam dificuldades para falar, mastigar, deglutir, diminuição de apetite, prejuízo no convívio social e no rendimento escolar¹². Já as famílias de classes socioeconômicas mais elevadas possuem melhores condições de saúde bucal, devido à maior escolaridade, acesso a informações e tratamentos preventivos e curativos, além de maior frequência na procura pelo serviço odontológico rotineiro⁹.

Visto a íntima relação entre saúde bucal e qualidade de vida do indivíduo, o presente trabalho procurou analisar no Capítulo 1 a relação entre o nível socioeconômico e a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e no Capítulo 2 o impacto na rotina familiar das doenças bucais em adolescentes de diferentes classes socioeconômicas.

The background of the page is a repeating pattern of light gray silhouettes of families. Each silhouette consists of two adults and two children, all holding hands in a line. The pattern is arranged in a grid that covers the entire page.

2 Capítulo 1

Nível socioeconômico e a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos

2.1 Resumo

A percepção sobre saúde varia conforme a cultura, crenças, costumes e meio no qual o indivíduo vive. O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção dos pais de diferentes níveis socioeconômicos em relação ao impacto de doenças bucais na qualidade de vida dos filhos. Participaram desta pesquisa todos os pais ou responsáveis dos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios do noroeste paulista, Brasil. Aplicou-se o questionário “Instrumental de Avaliação Socioeconômica”, a fim de classificar as famílias quanto à classe socioeconômica e o “Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)”, para verificar a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida do filho. 172 (41,8%) indivíduos responderam a pesquisa. Desses, a maioria pertencia a Classe Baixa Superior (61%). 21,5% dos indivíduos responderam que consideravam como “regular ou ruim” a saúde bucal do filho e 71,5% responderam que o bem-estar geral do filho não era ou era pouco afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca. Houve associação entre subescalas da qualidade de vida, em especial “sintomas bucais”, com todas as classes socioeconômicas ($p = 0$). Existe relação entre a classe socioeconômica dos pais e a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos.

Palavras-chave: Classe socioeconômica. Saúde bucal. Qualidade de vida.

2.2 Abstract

The perception on health varies according to culture, beliefs, customs and environment in which the individual lives. The objective of this study were to analyze how parents of different socioeconomic levels perceive the impact of oral diseases on their children's quality of life. All parents or guardians of students aged 11 to 14 years old regularly enrolled in fundamental schooling at public schools of two towns in the northwestern region of the State of São Paulo, Brazil, took part in the study. The questionnaire of "Socioeconomic Assessment Tool" was used to classify the families with regards to socioeconomic class and the "Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)" was used to verify the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life. 172 (41.8%) individuals answered the survey. From those, most belonged to the Upper Lower Class (61%). 21.5% of the individuals answered that they considered their children's oral health "regular or bad" and 71.5% answered that their child's general well-being was not or was little affected by the condition of his/her teeth, lips, jaws or mouth. There was an association between the quality of life sub-scales, especially "oral symptoms", with all socioeconomic classes ($p = 0$). There is a relationship between parents' socioeconomic class and the perception of the impact of oral disease on their children's quality of life.

Keywords: Social class. Oral health. Quality of life.

2.3 Introdução

Uma boa condição de saúde bucal é fundamental para manter o bem estar geral do indivíduo, possibilitando que o mesmo seja capaz de executar com normalidade suas funções diárias e com isso ter qualidade de vida¹.

Os efeitos da cárie e outras doenças bucais refletem muitos aspectos negativos na vida das pessoas que ainda estão na fase da infância e adolescência, como dificuldades para se socializar, mastigar, deglutir, falar, dormir, falta de apetite, baixa auto estima e mudanças de comportamento; que podem prejudicar até mesmo o rendimento escolar².

O conhecimento e a percepção dos pais sobre saúde bucal é originada de sua cultura, crenças, costumes e meio em que vive; o que por sua vez, influencia diretamente no comportamento e condições bucais de seus filhos³. Os hábitos de higiene e alimentação saudável tendem a ser uma característica da família, sendo inequívocas as influências que os pais apresentam sobre a saúde bucal de seus filhos desde a infância até a adolescência⁴.

A renda e o nível de escolaridade baixo estão intimamente relacionados aos maus hábitos familiares e experiências desagradáveis de cárie precoce, tanto pelos pais quanto pelos filhos, o que conseqüentemente influencia a qualidade de vida dos indivíduos^{3,5}.

A qualidade de vida é definida, segundo a Organização Mundial de Saúde, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁶. Este conceito é multidimensional e inclui tanto fatores positivos, quanto negativos em relação ao bem estar geral decorrente de aspectos socioeconômicos e culturais do indivíduo².

Por longo tempo, a saúde bucal vinha sendo mensurada apenas através de exames clínicos, o que não nos permitia avaliar o impacto que as doenças bucais vinham causando nos indivíduos, revelando a necessidade de instrumentos novos para esta análise².

Dentro deste contexto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção dos pais de diferentes níveis socioeconômicos em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, em estudantes de

escolas públicos de dois municípios de pequeno porte da região noroeste paulista.

2.4 Metodologia

O estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2015, nas escolas de ensino fundamental de dois municípios de pequeno porte da região noroeste paulista: Américo de Campos e Pontes Gestal. Esses municípios foram escolhidos por apresentarem pequeno porte, população predominantemente urbana e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), de renda (IDH-M Renda) e de educação (IDH-M Educação) semelhantes.

Participaram desta pesquisa todos os pais ou responsáveis dos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas dos municípios. Foram excluídos os que entregaram o questionário respondido de forma incompleta, ou aqueles cujos pais ou responsáveis não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Inicialmente, contataram-se os secretários municipais de educação e diretores das escolas para esclarecimento do propósito da pesquisa e posterior uso dos dados coletados, com a finalidade de obter apoio para realização do trabalho. Os mesmos esclarecimentos foram dados aos pais dos alunos no dia da reunião de pais e mestres.

Posteriormente, foram entregues aos pais ou responsáveis os questionários:

a) Instrumental de Avaliação Socioeconômica, a fim de classificar as famílias quanto à classe socioeconômica. Nesta escala, a situação econômica da família vale de 01 a 21 pontos (renda bruta de até ½ salário mínimo a mais de 100 salários mínimos), o número de membros residentes de 01 a 06 pontos (acima de 8 até 1 a 2 membros), a escolaridade dos familiares de 0 a 07 pontos (analfabeto até superior completo), a condição / situação da habitação de 0 a 10 pontos e a ocupação do chefe da família de 01 a 13 pontos. A soma desses indicadores classifica as famílias em seis classes: classe Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (ME), Média Superior (MS) e Alta (AL); sendo a “Alta” (de 55 a 57 pontos) a mais favorecida e a “Baixa Inferior” (de 0 a 20 pontos) a menos favorecida⁷.

b) Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). Consiste em um questionário composto de 35 perguntas que avaliam as percepções dos pais ou responsáveis sobre os impactos das doenças bucais (por exemplo: cárie, maloclusão, etc.) na qualidade de vida dos seus filhos. As questões 1 e 2 referem-se à percepção global dos responsáveis sobre a saúde bucal e o bem-estar geral do adolescente, onde as respostas possíveis para a questão 1 vão de “excelente” a “ruim” e para a questão 2 vão de “nem um pouco” a “muitíssimo”. As demais questões dividem-se em quatro amplas categorias: sintomas bucais (questões 3 a 8), limitações funcionais (questões 9 a 16), bem-estar emocional (questões 17 a 24), bem-estar social (questões 25 a 35). As opções de resposta são em escala tipo Likert, variando de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = uma ou duas vezes; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = todos os dias ou quase todos os dias). A opção de resposta “Não sei” foi marcada como “0” (zero), baseado nos estudos de Jokovic et al.^{8,9}, pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais. A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as questões. Quanto maior a pontuação, maior o impacto das doenças bucais na qualidade de vida⁹. O P-CPQ foi originalmente desenvolvido no idioma inglês, em Toronto, Canadá, por Jokovic et al.^{8,10} e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Barbosa et al.², mostrando-se válido e confiável para a avaliação da percepção de pais⁹.

Na primeira questão sobre como os pais ou responsáveis consideravam a saúde bucal de seus filhos e na segunda sobre quanto os pais achavam que o bem-estar geral do filho era afetado pela condição de sua saúde bucal, foram realizadas análises descritivas dos resultados por não entrarem na somatória dos escores das subescalas.

Já as escalas deste questionário foram analisadas pelo programa BioStat 5.0¹¹. Como a pontuação não foi distribuída normalmente utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para avaliar a diferença de escores médios entre os grupos das classes socioeconômicas, com o nível de significância de 5%. Por ter sido detectada diferença significativa entre as classes socioeconômicas, realizou-se a análise com o Teste Dunn de comparações múltiplas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12, com o número de processo CAAE: 39094214.2.0000.5420. Todos os participantes que concordaram em participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.5 Resultados

O universo da pesquisa era composto por 412 pais ou responsáveis. Destes, 172 (41,8%) responderam a pesquisa. Pelo cálculo de amostra com erro amostral de 7% e nível de confiança de 95%, a amostra necessária seria de 134 indivíduos, tendo sido obtido uma porcentagem de 22,1% a mais no tamanho da amostra.

Baseado no Instrumental de Avaliação Socioeconômica, 20,4% dos chefes da família pertenciam a Classe BI, 61% a Classe BS, 14,5% a Classe MI e 4,1% a Classe ME. Devido ao fato de apenas um único participante pertencer a Classe MS, este foi incluído na classe ME.

Em relação ao questionário P-CPQ, a confiabilidade da consistência interna das subescalas entre as respostas dos participantes foi avaliada pelo alfa de Cronbach ($n= 0,887$). A primeira questão referia-se sobre como o pai classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho, onde 21,5% dos indivíduos responderam que a consideravam como “regular ou ruim”. A segunda questão era referente o quanto o bem-estar geral do filho era afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca, onde 71,5% responderam “nem um pouco” ou “só um pouquinho”. **Tabelas 1 e 2**

Tabela 1. Número e percentual dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos e faixas socioeconômicas, Araçatuba, 2015.

| | Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)? | | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|-----------|------|-----|------|---------|------|------|-----|-------|------|
| | Excelente | | Muito boa | | Boa | | Regular | | Ruim | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | N | % | n | % | n | % |
| BI | 6 | 3.5 | 5 | 2.9 | 16 | 9.3 | 9 | 5.2 | 1 | 0.6 | 37 | 21.5 |
| BS | 16 | 9.3 | 23 | 13.4 | 48 | 27.9 | 14 | 8.1 | 2 | 1.2 | 103 | 59.9 |
| MI | 4 | 2.3 | 4 | 2.3 | 10 | 5.8 | 6 | 3.5 | 1 | 0.6 | 25 | 14.5 |
| ME | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 3 | 1.7 | 1 | 0.6 | 7 | 4.1 |
| Total | 27 | 15.7 | 33 | 19.2 | 75 | 43.6 | 32 | 18.6 | 5 | 2.9 | 172 | 100 |

Tabela 2. Número e percentual dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos e faixas socioeconômicas, Araçatuba, 2015.

| | Quanto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca? | | | | | | | | | | | |
|-------|---|------|-----------------|------|---------------|-----|-------|-----|------------|-----|-------|------|
| | Nem um pouco | | Só um pouquinho | | Mais ou menos | | Muito | | Muitíssimo | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| BI | 20 | 11.6 | 7 | 4.1 | 8 | 4.6 | 2 | 1.2 | 0 | 0 | 37 | 21.5 |
| BS | 59 | 34.3 | 23 | 13.4 | 15 | 8.7 | 5 | 2.9 | 1 | 0.6 | 103 | 59.9 |
| MI | 8 | 4.6 | 3 | 1.7 | 6 | 3.5 | 8 | 4.7 | 0 | 0 | 25 | 14.5 |
| ME | 2 | 1.2 | 1 | 0.6 | 2 | 1.2 | 2 | 1.1 | 0 | 0 | 7 | 4.1 |
| Total | 89 | 51.7 | 34 | 19.8 | 31 | 18 | 17 | 9.9 | 1 | 0.6 | 172 | 100 |

Especificamente em relação aos filhos terem sentido algum tipo de dor, 62,8% dos pais ou responsáveis afirmaram que os filhos já tiveram esta experiência.

O resultado do teste Kruskal-Wallis foi altamente significativo em todas as subescalas do questionário PCP-Q, com p valor = 0, razão pela qual a análise foi continuada com o teste Dunn para comparações múltiplas. Com respeito às subescalas “sintomas bucais”, “limitações funcionais”, “bem-estar social” e “bem-estar emocional”, o Teste Dunn mostrou os escores médios entre as classes BI x MI, BI x ME, BS x MI e BS x ME com valores de p inferiores ao nível alfa de 0,05, sendo considerados muito significativos, onde a subescala “sintomas bucais” foi a de maior impacto na qualidade de vida em todas as classes socioeconômicas. **Figura 1**

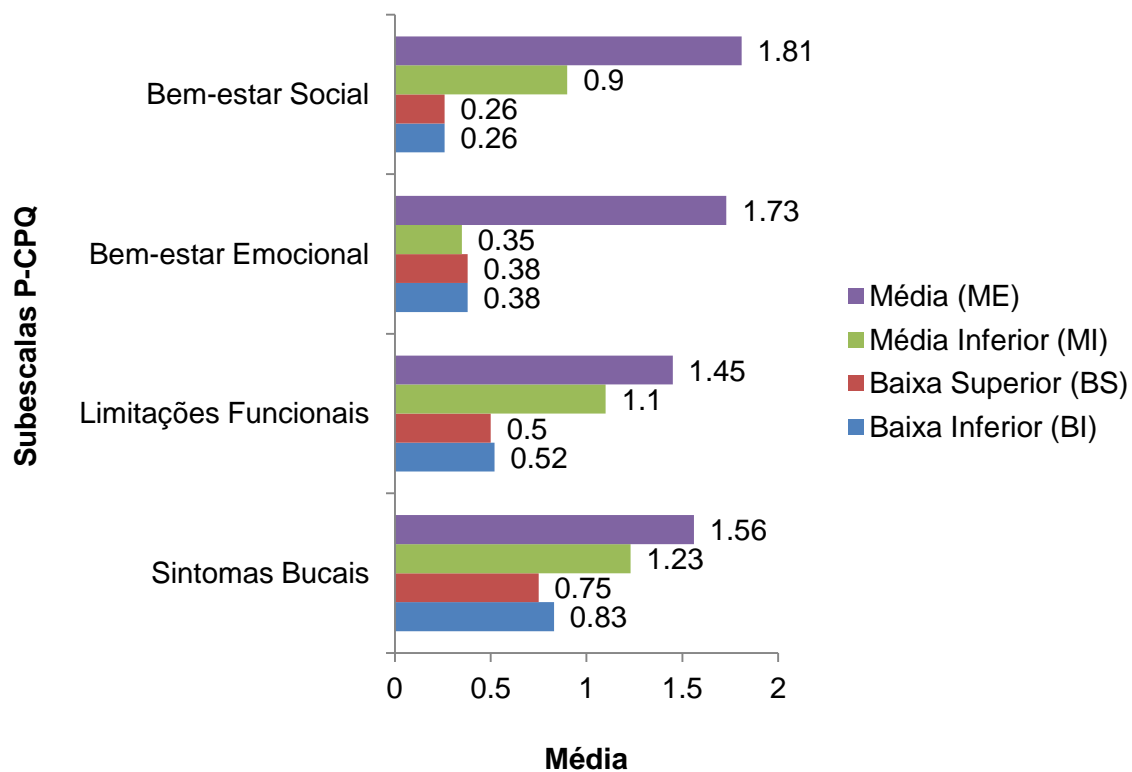


Figura 1. Relação entre as subescalas do Índice P-CPQ e classes socioeconômicas, Araçatuba, 2015

2.6 Discussão

A qualidade de vida abrange significados que refletem o conhecimento, as experiências, expectativas e valores do indivíduo e está ligada aos fatores que levam à saúde. O seu foco central está na capacidade de viver sem doença ou superar suas condições de morbidade, dor e mal-estar¹². Neste contexto, observa-se estreita relação entre nível social, saúde bucal e qualidade de vida^{13,14}.

Os pais são os grandes responsáveis pela saúde de seus filhos, portanto é de suma importância a avaliação de suas percepções sobre a saúde bucal relacionada com o bem-estar e a qualidade de vida das crianças e adolescentes².

As doenças bucais apresentam impacto negativo na qualidade de vida de crianças e adolescentes, devido levar ao aumento da dificuldade de mastigação, diminuição do apetite, perda de peso, dificuldades para dormir, alterações no comportamento, baixa autoestima e diminuição no rendimento escolar¹.

Mesmo conhecendo todas as consequências e prejuízos que a saúde bucal insatisfatória pode trazer, verificou-se neste estudo que a maioria dos pais acreditava que o bem estar geral dos filhos era pouco afetado pela condição de sua saúde bucal, corroborando o achado de uma pesquisa realizada com os pais de crianças com distúrbios cerebrais, onde grande parte dos pesquisados relatou que o bem-estar geral das crianças em “nada” era afetado pela condição da saúde bucal. Entretanto, as respostas podem ter sido influenciadas devido as condições particulares destes indivíduos, onde a saúde bucal não era considerada um item primordial¹⁵.

Em contrapartida, em um trabalho qualitativo, pais relataram sua grande preocupação quanto à saúde bucal de seus filhos, devido à interferência negativa que pode causar em seus futuros¹⁶. Já outra pesquisa onde foi respondido um questionário sobre qualidade de vida e saúde bucal antes e após os indivíduos terem sido submetidos ao tratamento odontológico, as respostas foram mudadas com a finalização do tratamento, mostrando que a maioria dos pesquisados consideraram que o bem-estar geral era muito

afetado pelas condições da saúde bucal, influenciando tanto a saúde geral, quanto suas vidas sociais¹⁷.

Os distúrbios bucais têm pouco impacto sobre a qualidade de vida de crianças e adolescentes que pertencem a famílias de classes socioeconômicas mais altas. Entretanto, apresentam forte impacto nos indivíduos de baixa renda, mostrando relação significativa entre as classes baixas e o impacto das doenças bucais na qualidade de vida¹⁸.

O presente trabalho apresentou diferenças estatísticas significativas entre as classes socioeconômicas e a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, possuindo maior influência na subescala relacionada aos sintomas bucais em todas as classes socioeconômicas.

As odontalgias causadas pela cárie dental e doenças periodontais são as grandes responsáveis pelo impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, estando presente em níveis elevados na população brasileira, devido os mais carentes não colocarem a saúde bucal como prioridade, por existirem outras mais urgentes; como a alimentação^{19,20,21,22}. Um estudo com integrantes de uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família mostrou que os participantes que procuraram o dentista há três anos ou mais, os portadores de próteses totais e os com higiene bucal insatisfatória, eram pertencentes às classes econômicas mais baixas, e ainda declararam só procurar o atendimento odontológico em casos de dor, não possuindo assim cuidados regulares com a saúde bucal²³.

A dor é o principal motivo que leva os pais a procurarem pelo atendimento odontológico para seus filhos^{13,22,24,25}. No presente trabalho, foi relatada pela maioria dos participantes a ocorrência de dor, corroborando outro achado, onde os pais também relataram a ocorrência desse sintoma com frequência em seus filhos²².

Políticas públicas deverão ser implementadas a fim de facilitar o acesso da população a atenção em saúde, por meio de ações e atividades preventivas, educativas e curativas; o que ampliará a visão dos pais sobre a importância da manutenção da saúde bucal para que seus filhos tenham qualidade de vida.

2.7 Conclusão

Podemos concluir que este estudo sugere que existe associação entre a classe socioeconômica do indivíduo e a percepção de pais ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos.

Novos estudos devem ser realizados com populações de classes sociais mais altas a fim de confirmar a relação entre o nível socioeconômico e a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa T, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis* 2010;20(1):283-300.
2. Bica I, Duarte J, Camilo A, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: percepção parental das crianças em idade pré-escolar. *Millenium* 2014;47:141-152.
3. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013;89(2):116-123.
4. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):87-97.
5. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. *Rev Baiana Saúde Pública* 2014;38(1):125-139.
6. World Health Organization, Division of Mental Health. *Measurement of Quality of Life in Children*. Geneva: World Health Organization, 1993.
7. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde*. 2010;9(9):157-185.
8. Jokovic A, Locker D, Stephens M, et al. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2003;63(2):67-72.
9. Barbosa TD, Gavião MB. Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: agreement between parental and child reports. *J Public Health Dent*. In press 2012.
10. Jokovic A, Locker D, Stephens M, et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002;81(7):459-463.
11. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AS. *BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas [programa de computador]*. Belém: Ong Mamieraua; 2007.
12. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
13. Pandolfi M, Barcellos LA, Miotto MHMB, Goés PSA. Saúde bucal e qualidade de vida de usuários dos Serviços Odontológicos de Vitória (ES). *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2011;11(3):311-316.

14. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3483-3493.
15. Abanto J, Carvalho TS, Bonecker M, et al. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Oral Health* 2012;12:15.
16. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(1):245-259.
17. Thomson WM, Foster Page LA, Gaynor WN, Malden PE. Short-form versions of the Parental-Caregivers Perceptions Questionnaire and the Family Impact Scale. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(5):441–450.
18. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(5):348-356.
19. Góes PSA. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families [thesis]. London: University College London; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional da saúde bucal, resultados principais. 2011 [acessado 2015 Out 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf
21. Costa SM, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(7):1971-1980.
22. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, et al. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1169-1182.
23. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(1):150-162.
24. Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr* 2002;2(2):141-147.
25. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cienc Saude Coletiva* 2011;16(1):1007-1015.

**O impacto na rotina familiar das doenças
buciais em adolescentes de diferentes
classes socioeconômicas**

3.1 Resumo

O ambiente familiar e o conhecimento dos pais sobre saúde influenciam os hábitos de higiene e a saúde bucal dos filhos. O objetivo do trabalho foi avaliar o impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas. Participaram desta pesquisa 172 pais ou responsáveis dos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios de pequeno porte da região noroeste paulista, que responderam o questionário “Instrumental de Avaliação Socioeconômica”, a fim de classificar a família quanto à classe socioeconômica e a Escala de Impacto Familiar – FIS (Family Impact Scale), para avaliar o impacto das doenças bucais e orofaciais de adolescentes na rotina familiar. A maioria dos participantes pertencia a Classe Baixa Superior (61%). Observou-se relação significativa da subescala “atividade dos pais/família”, “emoções familiares” e “conflito familiar”, entre as classes Baixa Inferior x Média, Baixa Superior x Média Inferior e Baixa Superior x Média; já na subescala “encargos financeiros”, houve relação entre as classes Baixa Superior x Média ($p = 0$). Concluímos que as doenças bucais de adolescentes apresentam impacto sobre a rotina das famílias de diferentes classes socioeconômicas.

Palavras-chave: Saúde bucal. Adolescentes. Classe Socioeconômica.

3.2 Abstract

The family environment and the parents' knowledge about health influence the hygiene habits and oral health of their children. The aim of the study was to evaluate the impact of oral diseases of adolescents on the routine of families of different socioeconomic classes. 172 parents or guardians of students aged 11 to 14 years old, regularly enrolled in the fundamental schooling of public schools of two small cities in the north-western region of the State of São Paulo took part in the study. They answered the questionnaire "Socioeconomic Assessment Tool", so that the family could be classified with regards to the socioeconomic class, and the Family Impact Scale – FIS, to evaluate the impact of oral and orofacial diseases of adolescents on the family routine. Most participants belonged to the Upper Lower Class (61%). A significant relationship of subscale "parents'/family activities", "family emotions" and "family conflict" was observed between Lower Lower Class x Middle Class, Upper Lower Class x Lower Middle Class and Upper Lower Class X Middle Class; in the subscale "financial burden" there was a relationship between the Upper Lower Class x Middle Class ($p = 0$). We conclude that the oral diseases of adolescents impacts the routine of families of different social classes.

Keywords: Oral health. Adolescent. Social class.

3.3 Introdução

O conceito de saúde e qualidade de vida compreende a capacidade do indivíduo de possuir bem-estar geral, emocional e felicidade diária¹. Neste contexto, a saúde bucal é um componente imprescindível da saúde geral do indivíduo e seu comprometimento possui íntima relação com a perda da qualidade de vida².

É no seio familiar onde ocorrem as primeiras identificações do indivíduo, constituindo a principal fonte de estímulo para o desenvolvimento de sua personalidade e essa influência se deve principalmente ao contexto cultural e as características particulares de cada família³. Desta forma, os pais exercem papel fundamental na prevenção das enfermidades bucais, na motivação para melhora da higiene bucal e prevenção de lesões cariosas de seus filhos².

Os hábitos de higiene e o conhecimento dos pais sobre saúde bucal influenciam nas condições da saúde de seus filhos. Os adolescentes de pior situação socioeconômica são mais propensos ao desenvolvimento de doenças bucais, seja pela falta dos instrumentos necessários para uma higiene adequada, ou devido à saúde bucal não poder ser uma prioridade, já que existem outras mais importantes⁴.

As famílias pertencentes às classes socioeconômicas inferiores, com baixa escolaridade, dispõem de pouco acesso a informações e a saúde, o que leva ao aumento nos índices de cárie dentária entre os pais e filhos, gerando experiências desagradáveis como a dor, que ocasionam dificuldades para falar, mastigar, deglutir, diminuição de apetite, prejuízo no convívio social e no rendimento escolar⁵. Já as famílias de classes socioeconômicas mais elevadas possuem melhores condições de saúde bucal, devido à maior escolaridade, acesso a informações e tratamentos preventivos e curativos, além de maior frequência na procura pelo serviço odontológico rotineiro⁶.

Os indicadores clínicos da Odontologia possuem limitações para avaliar os impactos das doenças bucais no seio familiar ou no indivíduo, sendo, por esta razão, desenvolvidos instrumentos específicos para isso. Entretanto, poucos estudos procuraram analisar o impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina familiar.

Baseado nisso, este trabalho teve por objetivo avaliar o impacto das doenças bucais de adolescentes do ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios do noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas.

3.4 Metodologia

Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa.

Participaram desta pesquisa todos os pais ou responsáveis pelos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios de pequeno porte da região noroeste paulista: Américo de Campos e Pontes Gestal. Esses municípios foram escolhidos por apresentarem pequeno porte, população predominantemente urbana e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M), de renda (IDH-M Renda) e de educação (IDH-M Educação) semelhantes.

A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2015. Inicialmente, contataram-se os secretários municipais de educação e diretores das escolas para esclarecimento do propósito do estudo e posterior uso dos dados coletados, com a finalidade de obter apoio para realização do trabalho. Os mesmos esclarecimentos foram dados aos pais dos alunos no dia da reunião de pais e mestres.

Posteriormente, foi entregue aos pais ou responsáveis os questionários:

- a) Instrumental de Avaliação Socioeconômica, a fim de classificar as famílias quanto à classe socioeconômica. Nesta escala, a situação econômica da família vale de 01 a 21 pontos (renda bruta de até ½ salário mínimo a mais de 100 salários mínimos), o número de membros residentes vale de 01 a 06 pontos (acima de 8 até 1 a 2 membros), escolaridade dos familiares vale de 0 a 07 pontos (analfabeto até superior completo), condição / situação da habitação vale de 0 a 10 pontos e ocupação do chefe da família vale de 01 a 13 pontos. A soma desses indicadores classifica as famílias em seis classes, classe Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (ME), Média Superior (MS) e Alta (AL) sendo a “Alta” (de 55 a 57 pontos) a mais favorecida e a “Baixa Inferior” (de 0 a 20 pontos) a menos favorecida⁷.
- b) Escala de Impacto Familiar – FIS (Family Impact Scale), para avaliar o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar⁸. Foi desenvolvida no Canadá por Jokovic⁹ e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Goursand et al.¹⁰. Esta escala é composta por 14 itens, que são divididos em quatro

subescalas: a atividade dos pais/família, composto pelas questões de 1 a 5; emoções familiares, pelas questões de 6 a 9; e o conflito familiar, pelas questões de 10 a 13. A subescala de encargos financeiros é um item avaliado separadamente, uma vez que dispõe de uma única questão (questão 14) e aborda o impacto econômico dentro da família, em vez de psicossocial ou comportamental. As perguntas são referentes a eventos que ocorreram nos últimos três meses e as opções de resposta são em escala tipo Likert, variando de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = uma ou duas vezes; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = todos os dias ou quase todos os dias). A opção de resposta “Não sei” foi marcada como “0” (zero), baseado nos estudos de Jokovic et al.¹¹, pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais.

As subescalas do FIS foram analisadas através do programa BioStat 5.0¹². Devido à pontuação não ter sido distribuída normalmente, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para avaliar a diferença de escores médios entre as subescalas e as classes econômicas, com o nível de significância de 5%. Devido à detecção de diferença significativa entre as classes socioeconômicas, realizou-se a análise com o Teste Dunn de comparações múltiplas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12, com o número de processo CAAE: 39094214.2.0000.5420. Todos os participantes que concordaram em participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Resultados

O universo da pesquisa foi composto por 412 pais ou responsáveis. Destes, 172 (41,8%) responderam a pesquisa. Pelo cálculo de amostra com erro amostral de 7% e nível de confiança de 93%, a amostra necessária seria de 134 indivíduos, tendo sido obtido uma porcentagem de 22,1% a mais no tamanho da amostra.

Baseado no Instrumental de Avaliação Socioeconômica, 20,4% dos chefes da família pertenciam a Classe BI, 61% a Classe BS, 14,5% a Classe MI e 4,1% a Classe ME. Devido ao fato de apenas um único participante pertencer a Classe MS, este foi incluído na classe ME.

Em relação à escala FIS, podemos verificar na Tabela 1 o número e porcentagem da prevalência de respostas “nunca”, “uma ou duas vezes”, “algumas vezes”, “frequentemente” e “todos os dias ou quase todos os dias”, em cada subescala nas diferentes classes socioeconômicas.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual das respostas dos subgrupos do questionário FIS segundo as classes socioeconômicas, Araçatuba, 2015.

| FIS | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|------|-------------------|------|---------------|------|----------------|-----|--------------|-----|-------|------|
| Atividade dos pais/família | | | | | | | | | | | | |
| Subgrupo | Nunca | | Uma ou duas vezes | | Algumas vezes | | Frequentemente | | Quase sempre | | Total | |
| Respostas | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Classe Socioeconômica | | | | | | | | | | | | |
| BI | 123 | 14.3 | 18 | 2.1 | 27 | 3.1 | 14 | 1.6 | 3 | 0.3 | 185 | 21.5 |
| BS | 375 | 43.6 | 57 | 6.6 | 68 | 7.9 | 12 | 1.4 | 3 | 0.3 | 515 | 59.9 |
| MI | 59 | 6.9 | 18 | 2.1 | 31 | 3.6 | 14 | 1.6 | 3 | 0.3 | 125 | 14.5 |
| ME | 13 | 1.5 | 1 | 0.1 | 8 | 0.9 | 7 | 0.8 | 6 | 0.7 | 35 | 4.1 |
| Total | 570 | 66.3 | 94 | 10.9 | 134 | 15.6 | 47 | 5.5 | 15 | 1.7 | 860 | 100 |
| Emoções familiares | | | | | | | | | | | | |
| Subgrupo | Nunca | | Uma ou duas vezes | | Algumas vezes | | Frequentemente | | Quase sempre | | Total | |
| Respostas | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Classe Socioeconômica | | | | | | | | | | | | |
| BI | 116 | 16.9 | 4 | 0.6 | 19 | 2.8 | 8 | 1.2 | 1 | 0.1 | 148 | 21.5 |
| BS | 333 | 48.4 | 29 | 4.2 | 33 | 4.8 | 10 | 1.4 | 7 | 1 | 412 | 59.9 |
| MI | 62 | 9 | 8 | 1.2 | 14 | 2 | 13 | 1.9 | 3 | 0.4 | 100 | 14.5 |
| ME | 5 | 0.7 | 2 | 0.3 | 7 | 1 | 10 | 1.4 | 4 | 0.6 | 28 | 4.1 |
| Total | 516 | 75 | 43 | 6.3 | 73 | 10.6 | 41 | 5.9 | 15 | 2.2 | 688 | 100 |
| Conflito familiar | | | | | | | | | | | | |
| Subgrupo | Nunca | | Uma ou duas vezes | | Algumas vezes | | Frequentemente | | Quase sempre | | Total | |
| Respostas | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Classe Socioeconômica | | | | | | | | | | | | |
| BI | 121 | 17.6 | 9 | 1.3 | 13 | 1.9 | 5 | 0.7 | - | - | 148 | 21.5 |
| BS | 332 | 48.3 | 40 | 5.8 | 30 | 4.4 | 9 | 1.3 | 1 | 0.1 | 412 | 59.9 |
| MI | 63 | 9.1 | 9 | 1.3 | 17 | 2.5 | 10 | 1.4 | 1 | 0.1 | 100 | 14.5 |
| ME | 7 | 1 | 3 | 0.4 | 9 | 1.3 | 4 | 0.6 | 5 | 0.7 | 28 | 4.1 |
| Total | 523 | 76 | 61 | 8.9 | 69 | 10 | 28 | 4.1 | 7 | 1 | 688 | 100 |
| Encargos financeiros | | | | | | | | | | | | |
| Subgrupo | Nunca | | Uma ou duas vezes | | Algumas vezes | | Frequentemente | | Quase sempre | | Total | |
| Respostas | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Classe Socioeconômica | | | | | | | | | | | | |
| BI | 32 | 18.6 | 1 | 0.6 | 4 | 2.3 | - | - | - | - | 37 | 21.5 |
| BS | 91 | 52.9 | 5 | 2.9 | 6 | 3.5 | 1 | 0.6 | - | - | 103 | 59.9 |
| MI | 21 | 12.2 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 25 | 14.5 |
| ME | 2 | 1.2 | - | - | 3 | 1.7 | 1 | 0.6 | 1 | 0.6 | 7 | 4.1 |
| Total | 146 | 84.9 | 7 | 4.1 | 14 | 8.1 | 3 | 1.7 | 2 | 1.2 | 172 | 100 |

Na tabela 2 observamos que o resultado do teste Kruskal-Wallis na escala FIS, foi significativo em algumas classes socioeconômicas, com p valor = 0, razão pela qual a análise foi continuada com o teste Dunn para comparações múltiplas. Em relação às subescalas, obtivemos relação significativa da subescala “atividade dos pais/família”, “emoções familiares” e “conflito familiar”, entre as classes BI x ME, BS x MI e BS x ME; já na subescala “encargos financeiros”, houve relação entre as classes BS x ME.

Tabela 2. Associação entre os subgrupos da escala FIS e classes socioeconômicas, Araçatuba 2015.

| FIS | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| Subgrupos | Atividade dos pais/família | Emoções familiares | Conflito familiar | Encargos financeiros |
| Classe | | Baixa Inferior | | |
| Baixa Superior | ns | ns | ns | ns |
| Média Inferior | ns | ns | ns | ns |
| Média | <0,05 | <0,05 | <0,05 | ns |
| Subgrupos | Atividade dos pais/família | Emoções familiares | Conflito familiar | Encargos financeiros |
| Classe | | Baixa Superior | | |
| Média Inferior | <0,05 | <0,05 | <0,05 | ns |
| Média | <0,05 | <0,05 | <0,05 | <0,05 |
| Subgrupos | Atividade dos pais/família | Emoções familiares | Conflito familiar | Encargos financeiros |
| Classe | | Média Inferior | | |
| Média | ns | ns | ns | ns |

*ns = não significativo

3.6 Discussão

Uma condição bucal saudável é de suma importância para manter o bem-estar geral do indivíduo, possibilitando a execução das funções diárias¹³. Os efeitos das doenças bucais possuem aspectos negativos na vida do indivíduo que ainda estão na fase da infância e adolescência, como dificuldades para se socializar, mastigar, deglutir, falar, dormir, falta de apetite, baixa auto-estima e mudanças de comportamento; que podem prejudicar até mesmo o rendimento escolar¹⁴.

O comportamento dos pais e familiares possui íntima relação com os hábitos de higiene dos filhos, que por sua vez são influenciados pelo ambiente social no qual estão inseridos. Esses fatores afetam diretamente o número de dentes cariados na infância e a ocorrência da doença periodontal, que são problemas comuns de saúde pública^{4,15}.

Hábitos de saúde bucal favoráveis, como escovação adequada e moderado consumo de açúcar, apresentam impacto positivo sobre a higiene bucal dos filhos¹⁶. Um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, Brasil, mostrou relatos de mães que afirmavam saber a importância de uma alimentação saudável e não cariogênica para a família, mas diziam não conseguir mantê-la diariamente. Foi citada a presença de cárie em quase a totalidade dos filhos das entrevistadas, que consideravam a presença da doença algo corriqueiro e almejavam manter seus dentes até o final da vida¹⁷. Dessa forma, pode ser observado que as doenças bucais estão em torno do seio familiar e não causam apenas prejuízos aos indivíduos que a possuem, mas também apresentam impacto negativo sobre toda a família.

Em nosso estudo, a subescala que acarretou maior impacto na rotina familiar, foi a da “atividade dos pais/família”, tendo afetado todas as classes socioeconômicas. Os pais muitas vezes tiveram suas atividades normais suprimidas, sentindo-se muitas vezes perturbados, tendo seu sono interrompido, precisando pedir dispensa do trabalho, sentindo-se culpados e relatando ter menos tempo para si próprios. Este resultado corrobora o achado de um trabalho onde muitas vezes os pais precisaram faltar ao trabalho para levar os filhos ao atendimento odontológico¹⁸.

Em uma pesquisa realizada com pais de crianças com necessidade de cuidados especiais, os relatos desses responsáveis mostraram queda em sua qualidade de vida devido as grandes preocupações que eram atribuídas aos seus filhos¹⁹. A gravidade da capacidade cognitiva dessas crianças aumentam as dificuldades para elas se expressarem, causando grandes desconfortos, incertezas e frustrações aos pais²⁰. Também em outro achado, os pais relataram queda em sua qualidade de vida devido à difícil tarefa de cuidar da saúde bucal e fazer a prevenção de cárie em seus filhos portadores de doenças cerebrais²¹.

Em nosso trabalho, observou-se relação significativa entre a classe socioeconômica e o impacto das doenças bucais na família. Os problemas bucais tendem a produzir impactos financeiros, aumentando o estresse e o conflito entre os familiares²².

Estudos mostraram a relação entre baixa renda e escolaridade dos pais, com a saúde bucal precária dos filhos, maior prevalência de doenças bucais na primeira infância e baixa frequência de escovação. Crianças que possuem pais com uma melhor situação profissional, mostraram menor índice de cárie; em contrapartida crianças de grupos desfavorecidos possuíam a saúde bucal precária, com perda de vários elementos dentais^{23,24}.

A perda precoce dos dentes, afeta o sorriso considerado esteticamente agradável e torna as pessoas mais vulneráveis a sentimentos de inferioridade, rejeitadas e inseguras; impondo às mesmas uma situação social desfavorável²⁵. Relatos de mães mostram a grande preocupação com a saúde bucal e bem-estar geral de seus filhos, pois não querem que eles tenham as mesmas experiências desagradáveis que já haviam vivenciado¹⁷. A falta de acesso ao serviço odontológico devido os altos custos e a presença de dor em seus filhos, são os motivos que causam culpa e perda da qualidade de vida nas mães¹⁷. Esta observação concorda com o nosso trabalho, sendo que a subescala “emoções familiares” mostrou grande impacto nos pesquisados, onde os respondentes possuíam grande preocupação quanto à perda de oportunidades dos filhos; como relacionamentos e empregos, e se sentiam desconfortáveis em lugares públicos.

Os elementos da estrutura e contexto familiar são considerados agravantes no processo saúde-doença, devendo ser aprofundada a compreensão de fatores familiares e seus efeitos sobre a saúde bucal¹⁵.

3.7 Conclusão

Podemos concluir que este estudo sugere que as doenças bucais de adolescentes apresentam impacto sobre a rotina das famílias de diferentes classes socioeconômicas.

Novos estudos devem ser realizados com populações de classes sociais mais altas a fim de confirmar a relação entre o nível socioeconômico e o impacto das doenças bucais na rotina familiar.

REFERÊNCIAS

1. Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a hebrew version of the oral health impact profile 14. *J Public Health Dent* 2004;64:71-75.
2. Soares J, Volpato LER, Castro PHS, Lambert NA, Borges AH, Casvalhosa AA. Assessment of oral health knowledge of parents and caregivers of children and teens with disabilities. *J Health Sci Inst* 2013;31:239-243.
3. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Perceptions of family caregivers and professionals in the family health strategy related to the care and neuropsychomotor development of children. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2012;22:142-150.
4. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013;89:116-123.
5. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA. Influence of oral health on the life quality of preschool children. *Rev Baiana Saúde Pública* 2014;38:125-139.
6. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Predictores de la realización de consultas odontológicas de rutina y por problema en pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2012;46:87-97.
7. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde*. 2010;9(9):157-185.
8. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:438-448.
9. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health-related quality of life. *J Dent Res* 2002;81:459-463.
10. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Podeus IA, Allison PJ. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. *Eur J Paediatr Dent* 2009;10:141-146.
11. Jokovic A, Locker D, Stephens M, et al. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent* 2003;63(2):67-72.
12. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AS. *BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas [programa de computador]*. Belém: Ong Mamieraua; 2007.

13. Bica I, Duarte J, Camilo A, Jesus A, Ferreira C, Oliveira F, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: percepção parental das crianças em idade pré-escolar. *Millenium*, 47 (jul/dez 2014). Pp.141-152.
14. Barbosa T, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Quality of life and oral health in children and adolescents: conceptual and methodological aspects. *Physis* 2010;20:283-300.
15. Almeida TF, Vianna MIP. Family context and preschool children's oral health: a systematic review with emphasis on psychosocial factors. *Rev Baiana Saúde Pública* 2013;37:739-756.
16. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health* 2004;21(1 Suppl):102-111.
17. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(1):245-259.
18. Anderson HK, Drummond BK, Thomson WM. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. *Int J Paediatr Dent* 2004;14:317-325
19. Biazevic MG, Antunes JL, Togni J, de Andrade FP, de Carvalho MB, Wünsch-Filho V. Immediate impact of primary surgery on health-related quality of life of hospitalized patients with oral and oropharyngeal cancer. *J Oral Maxillofac Surg* 2008;66:1343-1350.
20. Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairment. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:1219-1226.
21. Rodrigues dos Santos MT, Bianccardi M, Celiberti P, de Oliveira Guaré R. Dental caries in cerebral palsied individuals and their caregivers' quality of life. *Child Care Health Dev* 2009;35:475-481.
22. Stein RE, Jessop DJ. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr* 2003;24:9-16.
23. Vanobberge JN, Martens LC, Lesaffre E, Declerck D. Parental occupational status related to dental caries experience in 7-year-old children in Flanders (Belgium). *Community Dent Health* 2001;18:256-262.
24. Elley KM, Langford JW. The use of a classification of residential neighbourhoods (ACORN) to demonstrate differences in dental health of children resident within the south Birmingham health district and of different socio-economic backgrounds. *Community Dent Health* 1993;10:131-138.

25. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Cienc Saude Colet 2005; 10(4):1015-1024.



Anexos

ANEXO A – Referências da Introdução Geral

REFERÊNCIAS

1. Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2010; 20(1):283-300.
2. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Gonçalves PE. A saúde na percepção do adolescente. *Physis Rev de Saúde Coletiva* 2009; 19(1): 227-238.
3. Bica I, Duarte J, Camilo A, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: percepção parental das crianças em idade pré-escolar. *Millenium* 2014;47:141-152.
4. Lopes ALM. Ansiedade dentária: uma questão de saúde pública e qualidade de vida-estudo de caso. Dissertação (mestre em medicina dentária), Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde; 2013.
5. World Health Organization, The world health organization quality of life instruments, 1997.
6. Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a hebrew version of the oral health impact profile 14. *J Public Health Dent* 2004;64:71-75.
7. Soares J, Volpato LER, Castro PHS, Lambert NA, Borges AH, Casvalhosa AA. Assessment of oral health knowledge of parents and caregivers of children and teens with disabilities. *J Health Sci Inst* 2013;31:239-243.
8. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013;89(2):116-123.
9. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, et al. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):87-97.
10. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Perceptions of family caregivers and professionals in the family health strategy related to the care and neuropsychomotor development of children. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2012;22:142-150.
11. Salako, N. O. Infant feeding profile and dental caries status of urban Nigerian children. *Acta odontol. Pediatr.* 1985; 6(1): 13-7.

12. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA. Influence of oral health on the life quality of preschool children. *Rev Baiana Saúde Pública* 2014;38:125-139.

ANEXO B – Parecer Substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DAS DOENÇAS BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES. RELAÇÃO COM O MEDO E A ANSIEDADE AO TRATAMENTO

Pesquisador: Ronald Jefferson Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39094214.2.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 970.889

Data da Relatoria: 27/02/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta as características da população a estudar, incluindo o tamanho da amostra e metodologia a ser desenvolvida. A pesquisa tem como objetivo avaliar a relação entre a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida de seus filhos, com o nível de ansiedade e medo ao tratamento odontológico de adolescentes de diferentes níveis sociais, regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio no município de Américo de Campos-SP.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo avaliar a relação entre a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida de seus filhos, com o nível de ansiedade e medo ao tratamento odontológico de adolescentes de diferentes níveis sociais, regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio no município de Américo de Campos-SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa possui risco mínimo aos voluntários, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de questionários. Com este estudo, poder-se-á analisar a relação entre a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida de seus filhos, com o nível de ansiedade e medo ao tratamento odontológico de adolescentes de

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193

Bairro: VILA MENDONCA

CEP: 16.015-050

UF: SP

Município: ARACATUBA

Telefone: (18)3636-3200

Fax: (18)3636-3332

E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 970.889

diferentes níveis sociais, regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio do município de Américo de Campos-SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia proposta procura responder o objetivo da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, de modo adequado, os termos necessários para a apreciação do projeto.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em avaliar a relação entre a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida de seus filhos, com o nível de ansiedade e medo ao tratamento odontológico de adolescentes de diferentes níveis sociais, regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio no município de Américo de Campos-SP. Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa, com uma amostragem de 250 indivíduos. O risco desta pesquisa é mínimo aos voluntários, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de questionários. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Por não haver pendências propõe-se a aprovação do referido projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa apresenta objetivo definido em avaliar a relação entre a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida de seus filhos, com o nível de ansiedade e medo ao tratamento odontológico de adolescentes de diferentes níveis sociais, regularmente matriculados nas escolas públicas do ensino médio no município de Américo de Campos-SP. Os antecedentes científicos e a bibliografia justificam a pesquisa, com uma amostragem de 250 indivíduos. O risco desta pesquisa é mínimo aos voluntários, uma vez que o instrumento de coleta de dados refere-se a aplicação de questionários. Os documentos apresentados estão devidamente preenchidos. Não havendo pendências, o CEP propõe a aprovação do projeto de pesquisa. Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: anacmsn@foa.unesp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA - CÂMPUS DE
ARAÇATUBA - JÚLIO DE



Continuação do Parecer: 970.889

(título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 27/08/2015.

ARACATUBA, 03 de Março de 2015

Assinado por:
Ana Claudia de Melo Stevanato Nakamune
(Coordenador)

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 **Fax:** (18)3636-3332 **E-mail:** anacmsn@foa.unesp.br

ANEXO C – Instrumental de Avaliação Socioeconômica

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
'Júlio de Mesquita Filho'
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA CÂMPUS DE ARAÇATUBA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS E/OU RESPOSÁVEIS: Por favor, não deixe questões em branco.

1- Qual a situação econômica da família (em salários mínimos)? Assinalar com um X.

- () mais de 100 salários mínimos
- () de 60 a 100 salários mínimos
- () de 30 a 60 salários mínimos
- () de 15 a 30 salários mínimos
- () de 9 a 15 salários mínimos
- () de 4 a 9 salários mínimos
- () de 2 a 4 salários mínimos
- () ½ a 2 salários mínimos
- () Até ½ salário mínimo

Tipo de rendimento:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|----------------|
| () Salário financeiro | () Retirada pró-labore | () Rendimento |
| () Aluguéis | () Benefícios do governo | () Honorários |
| () Aposentadoria desemprego | () Pensionista | () Seguro |
| () Outros | Especificar: _____ | |

2- Número de membros residentes da família:

- () 1 a 2
- () 3 a 4
- () 5 a 6
- () 7 a 8
- () Acima de 8

3- Escolaridade do chefe da família:

- () Superior completo
- () Superior incompleto ou médio completo
- () Médio incompleto ou fundamental (Ciclo II) completo – até o 9º ano
- () Fundamental completo (Ciclo I) completo – até 5º ano
- () Fundamental incompleto – até 4º ano
- () Alfabetizado
- () Analfabeto

4- Habitação (situação e condição da residência – Assinalar tipo de moradia e condições em que se encontra):

| | Insatisfatória | Regular | Boa | Ótima |
|------------------|-----------------------|----------------|------------|--------------|
| () Casa própria | | | | |
| () Financiada | | | | |
| () Alugada | | | | |
| () Cedida | | | | |
| () Outras | | | | |

5- Ocupação do chefe da família:

- () **Empresário:** Proprietários na agricultura, agroindústria, indústria, comércio, sistema financeiro, serviços, etc.
- () **Trabalhadores da alta administração:** Juízes, promotores, diretores, administradores, gerentes, supervisores, assessores, consultores, etc.
- () **Profissionais liberais autônomos:** Médico, advogado, contador, arquiteto, engenheiro, dentista, representante comercial, oculista, auditor, etc.
- () **Trabalhadores assalariados administrativos, técnicos e científicos:** Chefias em geral, assistentes, ocupações de nível médio e superior, analistas, atletas profissionais, técnicos em geral, servidores públicos de nível superior, etc.
- () **Trabalhadores assalariados da produção, bens e serviços da administração:** indústria, comércio, serviços, setor público, sistema financeiro, ajudantes e auxiliares, etc.
- () **Trabalhadores por conta própria:** autônomos- pedreiros, caminhoneiros, marceneiros, feirantes, cabeleireiros, taxistas, vendedores, etc. (com emprego ou sem emprego)

- () **Pequenos produtores rurais:** meeiro, parceiro, chacareiro, etc. (com emprego ou sem emprego)
- () **Empregados domésticos:** Jardineiros, diaristas, mensalistas, Faxineiro, cozinheiro, mordomo, babá, motorista particular, atendentes, etc. (urbano ou rural)
- () **Trabalhadores rurais assalariados:** Ambulantes, chapa, boia-fria, ajudantes gerais, etc.
- () **Aposentado:** Especificar _____.

ANEXO D – Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
'Júlio de Mesquita Filho'
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA CÂMPUS DE ARAÇATUBA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE BUCAL - PERCEPÇÃO DOS PAIS

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS:

Instruções aos pais:

1. Esse questionário é sobre os efeitos das condições bucais no bem-estar e vida diária dos adolescentes e desses efeitos sobre suas famílias. Nós estamos interessados em qualquer condição que envolva dentes, lábios, boca e maxilares. Por favor, responda cada questão, não deixando nenhuma em branco.
2. Para responder a questão, favor colocar um X na caixa próxima à resposta.
3. Por favor, dê a resposta que melhor descrever a experiência de seu filho(a). Se a questão não estiver de acordo com seu filho(a), favor responder "Nunca".
4. Por favor, não discuta as questões com seu filho(a), pois estamos apenas interessados na opinião dos pais nesse questionário.

SEÇÃO 1 - Saúde bucal e bem-estar da criança

1. Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)?

- Excelente Muito boa Boa Regular
 Ruim

2. Quanto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?

- Nem um pouco Só um pouquinho Mais ou menos Muito
 MUITÍSSIMO

SEÇÃO 2 - As questões a seguir são sobre sintomas e desconfortos que as crianças podem sentir devido às condições de seus dentes, lábios, boca e maxilares

3. Seu filho(a) teve dor nos dentes, lábios, maxilares ou boca?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

4. Seu filho(a) teve sangramentos na gengiva?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

5. Seu filho(a) teve machucados na boca?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

6. Seu filho(a) teve mau hálito?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

7. Comida presa no céu da boca?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

8. Seu filho(a) teve alimento preso dentro ou entre os dentes?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

9. Seu filho(a) teve dificuldade de morder ou mastigar comidas como maçã, espiga de milho ou carne dura?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:**10. Seu filho(a) respirou pela boca?**

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

11. Seu filho(a) teve problemas durante o sono?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

12. Seu filho(a) teve dificuldade para dizer alguma palavra?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

13. Seu filho(a) demorou mais que os outros para comer uma refeição?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

14. Seu filho(a) teve dificuldade para beber ou comer alimentos quentes ou frios?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

15. Seu filho(a) teve dificuldade para comer alimentos de que ele/ela gostaria?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

16. Seu filho(a) teve uma dieta restrita a certos tipos de alimentos (ex. alimentos moles)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

SEÇÃO 3 - As questões a seguir perguntam sobre os efeitos que a condição dos dentes, lábios, boca e maxilares de seu filho(a) podem ter no sentimento e nas atividades diárias deles durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

17. Seu filho(a) se sente perturbado(a)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

18. Seu filho(a) se sente irritado(a) ou frustrado(a)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

19. Seu filho(a) se sente ansioso ou com medo?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

20. Seu filho(a) faltou à escola (ex. dor, consultas, cirurgias)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

21. Seu filho(a) teve dificuldade para prestar atenção na escola?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

22. Seu filho(a) não quis falar ou ler em voz alta na classe?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

23. Seu filho(a) não quis falar com outras crianças?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

24. Seu filho(a) evitou sorrir ou rir quando estava perto de outras crianças?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábios, boca ou maxilares, com que frequência:

25. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela não é tão saudável quanto outras pessoas?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

26. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela é diferente das outras pessoas?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

27. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela não é tão bonito(a) quanto outras pessoas?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

28. Seu filho (a) agiu timidamente ou com vergonha?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

29. Seu filho(a) foi provocado(a) ou apelidado(a) por outras crianças?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

30. Seu filho(a) foi excluído(a) por outras crianças?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

31. Seu filho(a) não quis ou não conseguiu passar um tempo com outras crianças?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

32. Seu filho(a) não quis ou não conseguiu participar de atividades como esporte, grupos de atividades, teatro, música, viagens de escola?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

33. Seu filho(a) se preocupou que ele/ela tem menos amigos?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, com que frequência:

34. Seu filho(a) se sentiu preocupado(a) com o que outras pessoas pensam sobre os dentes, lábios, boca ou maxilares?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

35. Seu filho(a) foi questionado por outras crianças sobre os dentes, lábios, boca ou maxilares?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

ANEXO E – Family Impact Scale (FIS)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
'Júlio de Mesquita Filho'
 FACULDADE DE ODONTOLOGIA CÂMPUS DE ARAÇATUBA
 DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

ESCALA DE IMPACTO FAMILIAR

As questões seguintes perguntam sobre efeitos que a condição bucal de seu filho(a) pode ter nos pais ou outros membros familiares

1. Você ou outro membro da família se sentiu perturbado?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

2. Você ou outro membro da família teve o sono interrompido?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

3. Você ou outro membro da família se sentiu culpado?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

4. Você ou outro membro da família precisou de dispensa do trabalho (ex. dor, consultas, cirurgia)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

5. Você ou outro membro da família teve menos tempo para si mesmo ou para família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

6. Você ou outro membro da família se preocupou que seu filho(a) terá menos oportunidades na vida (ex. para namorar, casar, ter filhos, arrumar emprego)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

7. Você ou outro membro da família se sentiu desconfortável em lugares públicos (ex. lojas, restaurantes) com seu filho(a)?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, devido aos dentes, lábio, boca ou maxilares, com que frequência:

8. Seu filho(a) ficou com ciúmes de você ou de outros membros da família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

9. Seu filho(a) culpou você ou outra pessoa da família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

10. Seu filho(a) discutiu com você ou outros da família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

11. Seu filho(a) pediu mais sua atenção ou de outros da família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

Durante os últimos 3 meses, com que frequência a condição dos dentes, lábios, boca ou maxilares de seu filho(a):

12. Interferiu nas atividades da família em casa ou em outro lugar?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

13. Causou discordância ou conflito na sua família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei

14. Causou dificuldades financeiras para sua família?

Nunca Uma ou duas vezes Algumas vezes Várias vezes Todos ou quase todos os dias Não sei