



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

ANA LÍVIA PIRES CARNEIRO

**Prevalência de cárie dentária de crianças em situação
de vulnerabilidade social e impacto na qualidade de
vida e na rotina familiar**

Araçatuba – SP

2025



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

ANA LÍVIA PIRES CARNEIRO

**Prevalência de cárie dentária de crianças em situação
de vulnerabilidade social e impacto na qualidade de
vida e na rotina familiar**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista “Júlio
Mesquita Filho” – UNESP, como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Assoc. Ronald
Jefferson Martins

Araçatuba – SP

2025

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe Fernanda e aos meus avós Jair e Edneia, que nunca mediram esforços para que eu pudesse chegar até aqui. Que me amaram incondicionalmente e acreditaram em mim nos momentos em que eu não consegui.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por Tua bondade e presença em cada âmbito da minha vida, me dando discernimento e guiando meus passos pelo caminho.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Assoc. Ronald Jefferson Martins, por todo ensinamento ao longo desse tempo. Sou grata por todo acolhimento, prestatividade e carinho, seu senso de humor foi essencial para tornar tudo mais leve. Obrigada por me conceber o privilégio de conhecer o Projeto de Extensão da Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC).

Aos professores Fernando Yamamoto Chiba e Julio Martinez por aceitarem ser minha banca avaliadora, os quais tive o prazer de acompanhar de perto sua paixão pela Odontologia.

Agradeço à Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, que foi minha casa durante esses 5 anos. Aos funcionários e professores dessa instituição.

Aos meus avós Jair e Edneia, que cuidaram de mim como se fossem meus pais, e trabalharam duro para que eu tivesse a oportunidade que não tiveram. Meu avô, que na simplicidade me ensinou a ser feliz. E minha avó, que sempre foi meu exemplo de força e amor.

À minha mãe Fernanda, que se desdobrou incontáveis vezes para que nada me faltasse. Seu amor foi sustento para que eu chegasse até aqui. Me privilegiando com o sentimento mais genuíno do mundo.

Ao amor da minha vida, João Augusto, que foi suporte e calma em meio a cada diversidade enfrentada, refúgio e fonte inesgotável de amor. Por cada palavra, gesto e presença que fez com que eu me sentisse amada e acolhida. Sua paciência e otimismo foram peças fundamentais na minha jornada.

Aos meus amigos que apesar da distância se mantiveram presentes e não soltaram minha mão. Por aguentarem meus dias ruins e comemorarem os meus dias bons. Vocês tornaram tudo mais leve.

Aos meus amigos da FOA, que se tornaram a minha família, meu colo e amparo nos momentos de angústia.

As minhas colegas de projeto e pesquisa Ana Clara, Carla e Carolina, que foram sinônimos de companheirismo e carinho durante esses anos. Em especial a Ana, que ocupou um lugar no meu coração só dela, me presenteando com o que imagino que seja um amor de irmão.

As minhas melhores amigas Ana Luiza, que dividiu a vida, o apartamento e a jornada comigo, se mantendo presente em todos os momentos, e Kelly, que foi minha dupla, confidente e alicerce, não me deixando desamparada nem por um segundo. Vocês são parte de mim.

Agradeço a todos que direta e indiretamente se fizeram presentes e contribuíram para essa conquista. Muito do que sou é graças a vocês. Amo todos, imensuravelmente.

“E não nos cansemos de
fazer o bem, porque a seu
tempo ceifaremos”

Gálatas 6:9

Carneiro ALP. **Prevalência de cárie dentária de crianças em situação de vulnerabilidade social e impacto na qualidade de vida e na rotina familiar.** 2025. 44p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2025.

RESUMO

Os grupos sociais vulneráveis apresentam menor acesso a serviços odontológicos educativos, preventivos e curativos, predispondo-os a ocorrência da cárie dentária, que apresenta etiologia complexa envolvendo fatores biológicos, ambientais e sociais. A doença leva a experiências negativas como a dor, o que pode afetar na qualidade de vida, tanto do indivíduo, quanto da família. Baseado no exposto, o estudo teve por objetivo analisar aspectos sociodemográficos, a higienização bucal, prevalência de cárie dentária, necessidade de tratamento e o percentual de indivíduos livres de cárie, nas crianças e adolescentes atendidos na Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC) de Araçatuba-SP. Além disso, verificar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto da doença na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar. Analisou-se a Ficha Cadastral do Aluno da Secretária Municipal de Educação e a Ficha de Cadastro das Famílias do Projeto Social, o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) e o Índice de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento (ceod e CPOD). Também foram aplicados o questionário “Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) para avaliar a percepção dos pais ou responsáveis sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida dos seus filhos e, o questionário “Family Impact Scale – FIS” para avaliar o impacto das doenças bucais e orofaciais dos adolescentes na rotina familiar. A maioria das famílias recebia de 1 a 2 salários-mínimos (43,9%) e algum auxílio econômico do governo (46,9%). 41 (91,1%) das crianças de 2 a 4 anos apresentavam o índice ceod=0, 2 (4,4%) ceod=1, 1 (2,2%) ceod=8 e 1 (2,2%) ceod=11, sendo o componente “cariado” o único presente no índice e a principal necessidade de tratamento era restauração de duas ou mais faces (60,9%). As crianças e adolescentes de 6 a 14 anos apresentavam higienização regular (84,8%), 33 (50%) índice ceod=0 e 47 (71,2%) CPOD=0. O

principal componente dos dois índices era o “cariado” (72,6% e 65,4%; respectivamente) e a maior necessidade de tratamento era restauração de duas ou mais faces (48,5%). Em relação ao questionário P-CPQ, 83,3% dos pais responderam que o bem-estar geral do filho era afetado “nem um pouco” ou “só um pouquinho”. Quanto ao FIS, a subescala que mais interferiu foi “Atividade dos pais/família”. Conclui-se que o nível socioeconômico das famílias é baixo, a higienização bucal das crianças “regular”, a prevalência de cárie dentária é baixa, estando a doença concentrada na dentição decídua e necessitando de tratamento de média complexidade; o percentual de crianças livres de cárie (CPO+ceo=0) é pequeno. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é baixa, com maior percepção na subescala “Bem-estar emocional”. Houve impacto na rotina familiar, destacado na subescala “Atividade dos pais/família”.

Palavras-chaves: Criança; Cárie Dentária; Fatores Socioeconômicos; Qualidade de Vida.

Carneiro ALP. **Prevalence of dental caries in children in situations of social vulnerability and its impact on quality of life and family routine.** 2025. 44p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2025.

ABSTRACT

Socially vulnerable groups have reduced access to educational, preventive, and curative dental services, predisposing them to the development of dental caries, a disease with a complex etiology involving biological, environmental, and social factors. Dental caries leads to negative experiences such as pain, which may affect the quality of life of both the individual and the family. Based on this context, the aim of the present study was to analyze sociodemographic aspects, oral hygiene practices, prevalence of dental caries, treatment needs, and the percentage of caries-free individuals among children and adolescents assisted by the Beneficent Association Amor e Cuidado (ABAC) in Araçatuba, São Paulo, Brazil. In addition, the perception of parents or caregivers regarding the impact of the disease on their children's quality of life and on family routine was assessed. The Student Registration Form from the Municipal Department of Education and the Family Registration Form from the Social Project were analyzed, along with the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) and the Dental Caries and Treatment Needs Index (dmft and DMFT). The Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) was applied to evaluate parents' or caregivers' perceptions of the impact of oral diseases on their children's quality of life, and the Family Impact Scale (FIS) was used to assess the impact of oral and orofacial diseases of adolescents on family routine. Most families had a monthly income of one to two minimum wages (44%) and received some form of government financial assistance (47%). Among children aged 2 to 4 years, 41 (91.1%) presented dmft = 0, 2 (4.4%) dmft = 1, 1 (2.2%) dmft = 8, and 1 (2.2%) dmft = 11, with the "decayed" component being the only one present in the index, and the main treatment need being restorations involving two or more surfaces (60.9%). Children and adolescents aged 6 to 14 years showed regular oral hygiene (84.8%), 33 (50%) had dmft = 0, and 47 (71.2%) had DMFT = 0. The

main component of both indices was “decayed” (72.6% and 65.4%, respectively), and the greatest treatment need was restorations involving two or more surfaces (48.5%). Regarding the P-CPQ, 83.3% of parents reported that their child’s overall well-being was affected “not at all” or “only a little.” In the FIS, the subscale that most interfered was “Parental/family activities.” It can be concluded that the families’ socioeconomic level is low, children’s oral hygiene is regular, the prevalence of dental caries is low, with the disease concentrated in the primary dentition and requiring treatment of moderate complexity; the percentage of caries-free children ($DMFT + dmft = 0$) is small. Parents’ perception of the impact of oral diseases on their children’s quality of life is low, with greater perception in the “Emotional well-being” subscale. There was an impact on family routine, highlighted in the “Parental/family activities” subscale.

Keywords: Child; Dental Caries; Socioeconomic Factors; Quality of Life.

Carneiro ALP. **Prevalencia de caries dental en niños en situación de vulnerabilidad social y su impacto en la calidad de vida y en la rutina familiar.** 2025. 44p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2025.

RESUMEN

Los grupos sociales vulnerables presentan un menor acceso a los servicios odontológicos educativos, preventivos y curativos, lo que los predispone a la aparición de la caries dental, una enfermedad de etiología compleja que involucra factores biológicos, ambientales y sociales. La enfermedad conduce a experiencias negativas como el dolor, lo que puede afectar la calidad de vida tanto del individuo como de su familia. En este contexto, el objetivo del presente estudio fue analizar aspectos sociodemográficos, la higiene bucal, la prevalencia de caries dental, la necesidad de tratamiento y el porcentaje de individuos libres de caries entre niños y adolescentes atendidos en la Asociación Benéfica Amor e Cuidado (ABAC) de Araçatuba, São Paulo, Brasil. Además, se evaluó la percepción de los padres o responsables respecto al impacto de la enfermedad en la calidad de vida de sus hijos y en la rutina familiar. Se analizaron la Ficha de Registro del Alumno de la Secretaría Municipal de Educación y la Ficha de Registro de las Familias del Proyecto Social, el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) y el Índice de Caries Dental y Necesidad de Tratamiento (ceod y CPOD). Asimismo, se aplicó el Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) para evaluar la percepción de los padres o responsables sobre el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de sus hijos, y la Family Impact Scale (FIS) para evaluar el impacto de las enfermedades bucales y orofaciales de los adolescentes en la rutina familiar. La mayoría de las familias tenía ingresos mensuales de uno a dos salarios mínimos (44%) y recibía algún tipo de ayuda económica del gobierno (47%). Entre los niños de 2 a 4 años, 41 (91,1%) presentaron ceod = 0, 2 (4,4%) ceod = 1, 1 (2,2%) ceod = 8 y 1 (2,2%) ceod = 11, siendo el componente “cariado” el único presente en el índice, y la principal necesidad de tratamiento fue la restauración de dos o más superficies (60,9%). Los niños y adolescentes de 6 a 14 años presentaron higiene bucal regular (84,8%), 33 (50%) ceod = 0 y 47 (71,2%) CPOD = 0. El principal

componente de ambos índices fue el “cariado” (72,6% y 65,4%, respectivamente), y la mayor necesidad de tratamiento fue la restauración de dos o más superficies (48,5%). En relación con el P-CPQ, el 83,3% de los padres respondió que el bienestar general del hijo se veía afectado “nada” o “solo un poco”. En cuanto al FIS, la subescala que más interfirió fue “Actividad de los padres/familia”. Se concluye que el nivel socioeconómico de las familias es bajo, la higiene bucal de los niños es regular, la prevalencia de caries dental es baja, concentrándose la enfermedad en la dentición temporal y requiriendo tratamientos de complejidad media; el porcentaje de niños libres de caries (CPOD + ceod = 0) es reducido. La percepción de los padres sobre el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de sus hijos es baja, con mayor percepción en la subescala “Bienestar emocional”. Hubo impacto en la rutina familiar, destacado en la subescala “Actividad de los padres/familia”.

Palabras clave: Niño; Caries Dental; Factores Socioeconómicos; Calidad de Vida.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentagem das crianças segundo a idade, Araçatuba, 2025	23
Gráfico 2. Porcentagem das crianças segundo o sexo, Araçatuba, 2025	23
Gráfico 3. Porcentagem das crianças segundo a raça, Araçatuba, 2025	24
Gráfico 4. Porcentagem das famílias segundo auxílio do governo, Araçatuba, 2025	24
Gráfico 5. Porcentagem segundo a filiação, Araçatuba, 2025	25
Gráfico 6. Porcentagem das crianças segundo a composição familiar, Araçatuba, 2025	27
Gráfico 7. Porcentagem das crianças segundo a renda familiar, Araçatuba, 2025	28
Gráfico 8. Porcentagem das famílias segundo recebimento de auxílio do governo, Araçatuba, 2025	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=45), Araçatuba	25
Tabela 2. Número de indivíduos examinados, índice ceod e desvio padrão segundo a idade (n=45), Araçatuba, 2025	26
Tabela 3. Número, média e porcentagem dos componentes do índice ceod, Araçatuba, 2025	26
Tabela 4. Número e porcentagem dos indivíduos com e sem cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025	26
Tabela 5. Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025	27
Tabela 6. Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=66), Araçatuba, 2025	28
Tabela 7. Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=66), Araçatuba, 2025	29
Tabela 8. Frequência absoluta e relativa do índice CPOD (n=66), Araçatuba, 2025	29
Tabela 9. Número de indivíduos examinados, índice ceod e desvio padrão segundo a idade (n=66), Araçatuba, 2025	30
Tabela 10. Número de indivíduos examinados, índice CPOD e desvio padrão segundo a idade (n=66), Araçatuba, 2025	30
Tabela 11. Número, média e porcentagem dos componentes do índice ceod (n=66), Araçatuba, 2025	31
Tabela 12. Número, média e porcentagem dos componentes do índice CPOD (n=66), Araçatuba, 2025	31
Tabela 13. Número e porcentagem dos indivíduos com e sem cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025	32

Tabela 14. Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025	32
Tabela 15. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2025	33
Tabela 16. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2025	34
Tabela 17. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2025	34
Tabela 18. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2025	35
Tabela 19. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2025	36
Tabela 20. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2025	36

LISTA DE ABREVIATURAS

ABAC	Associação Beneficente Amor e Cuidado
BPC	Bolsa família ou Benefício de Prestação Continuada
Ceod	Dente cariado, extração indicada, obturado
CPOD	Dente cariado, perdido, obturado
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
FIS	Questionário sobre o impacto das doenças bucais na rotina familiar
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
P-CPQ	Questionário de percepção dos pais sobre os impactos das doenças bucais
QV	Qualidade de Vida
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	OBJETIVO	19
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.	RESULTADOS	23
4.1	Crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos) da Escola Amar e Cuidar	23
4.1.1	Características sociodemográficas	23
4.1.2	Índice de Cárie Dentária e Tratamento	25
4.2	Crianças e adolescentes (6 a 15 anos) do Projeto Caminhar	27
4.2.1	Características sociodemográficas	27
4.2.2	Higienização Bucal	28
4.2.3	Índice de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento	29
4.3	Pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes da associação	33
4.3.1	Questionário sobre a percepção dos pais – P-CPQ	33
4.3.2	Questionário sobre o impacto das doenças bucais na rotina familiar – FIS	35
5.	DISCUSSÃO	37
6.	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

A definição de qualidade de vida possui um conceito amplo que correlaciona os objetivos e expectativas que uma população ou indivíduo tem ou deveria ter para possuí-la. Como por exemplo, o acesso à saúde, alimentação, educação, moradia e lazer. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 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” (Bendo et al., 2014).

O Brasil possui uma longa história de desigualdade social e pobreza, o que ocasionou em um número significativo de indivíduos vivendo em situação de vulnerabilidade social; portanto, sem acesso a qualidade de vida. Essas pessoas ficam expostas a várias doenças e condições que dificultam seu acesso à saúde (Oliveira, et al., 2023). O estado da saúde bucal está diretamente relacionado com a saúde geral de um indivíduo. Visto que, uma condição oral saudável lhe possibilita mastigar, sorrir e falar, sem constrangimentos ou dores, assim, permitindo uma vida digna. (Motta et al., 2011).

A cárie dentária ainda é a principal doença que acomete a população brasileira nos dias atuais. De origem multifatorial, depende de fatores relacionados ao hospedeiro, microrganismo, dieta, tempo e fatores comportamentais, psicológicos e socioeconômicos (Silveira et al., 2021). De acordo com a literatura, a associação entre os fatores socioeconômicos e a prevalência da doença, possibilita a observação de uma conscientização precária e insatisfatória no que tange à saúde bucal da população. Frequentar escolas públicas, pertencer a uma família cuja renda salarial seja baixa e não possuir carro ou casa própria são considerados indicadores de maior incidência de cárie na adolescência (Gushi, et al., 2005).

A doença pode acometer os dentes decíduos e permanentes, sendo mais frequente em países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos (Kazeminia M, et al., 2020). Além do impacto negativo à

saúde, pode levar a mudanças de comportamento, afetar a vida social e influenciar o desempenho escolar de crianças e adolescentes acometidos pela cárie (Amer, et al., 2021).

Nas últimas décadas, houve um declínio da doença nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Crescente et al., 2022), que se deve ao uso de dentifrícios fluoretados e a fluoretação das águas de abastecimento público. Entretanto, ainda persiste o problema de saúde pública, em especial nas populações socioeconomicamente vulneráveis (Sousa et al., 2021). Esse fato é conhecido como polarização da doença, onde determinados grupos de uma população apresentam um número elevado de dentes atacados pela cárie (cariados, perdidos ou restaurados) (Martins et al., 2006).

Os levantamentos epidemiológicos auxiliam na avaliação de riscos e nas análises de ocorrências de doenças em determinada população, possibilitando a compreensão dos fatores biológicos, estilo de vida do indivíduo e acesso aos serviços de saúde que interferem na ocorrência de doenças. O conhecimento da situação epidemiológica é de suma importância para um bom planejamento e execução adequada das ações de saúde bucal (Martins, et al., 2022).

2. OBJETIVO

O trabalho teve por objetivo analisar aspectos sociodemográficos, a higienização bucal, prevalência de cárie dentária, necessidade de tratamento e o percentual de indivíduos livres de cárie, nas crianças e adolescentes atendidos na Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC) de Araçatuba-SP. Também, verificar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto da doença na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP, sob o parecer nº 02360718.8.0000.5420, de acordo com os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Consiste em uma pesquisa descritiva e transversal, de abordagem quantitativa, realizada na Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC) do município de Araçatuba, São Paulo, onde é desenvolvida a Escola Infantil Amar e Cuidar, o Projeto Caminhar e o Projeto de Extensão da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Prevenção e recuperação da Saúde Bucal de crianças e Adolescentes em situação de risco social da Associação Beneficente Amor e Cuidado”.

Participaram do estudo crianças em idade pré-escolar de 2, 3 e 4 anos (maternal 1 e 2) integrantes da Escola Infantil Amar e Cuidar, que são encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação. Assim como, crianças e adolescentes de 6 a 14 anos em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, participantes do Projeto Caminhar, encaminhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social do município (CRAS); além dos pais e/ou responsáveis. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações foram coletadas entre julho e outubro de 2025, conforme os grupos abaixo:

Crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos)

A) Ficha Cadastral do Aluno da Secretaria Municipal de Educação:

composta por dados de identificação do aluno (nome, sexo, raça/cor, nacionalidade, naturalidade, presença de necessidades especiais, recebimento de benefício), filiação, endereço e contato

B) Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento: foi utilizado o índice ceod para dentição decídua e de necessidade de tratamento. O indicador do percentual de crianças livres da doença (OMS, 1999) também foi analisado. Os exames clínicos foram realizados na cadeira odontológica, sob luz artificial e com a ajuda de espátulas de madeira.

Crianças e adolescentes de 6 a 15 anos

- A) Ficha de Cadastro das Famílias do Projeto Caminhar:** apresentavam dados pessoais, o responsável legal e núcleo familiar (integrantes da residência e número de irmãos), escolaridade, renda da família e participação em programas de auxílios e/ou benefícios
- B) Higienização bucal:** empregou-se o cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (Greene e Vermillion, 1964). Originalmente, o IHOS é um índice composto por dois subíndices, que medem a presença de placa e tártaro, onde o IHOS é obtido pela soma dos dois. No presente estudo, considerou-se o valor do subíndice para placa como o próprio IHOS. A somatória dos códigos na faixa de 0 a 1,0 classificava a higienização do indivíduo como “ótima”, na faixa de 1,1 a 2,0 como “regular” e entre 2,1 e 3,0 como “ruim” (Pinto et al., 2013). A placa bacteriana foi corada com fucsina básica e os dentes índices foram analisados com a ajuda de espelho bucal.
- C) Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento:** empregou-se os índices ceod para dentição decídua e CPOD para dentição permanente e de Necessidade de Tratamento. Analisou-se também o indicador do percentual de crianças livres da doença (OMS, 1999). Os exames clínicos foram realizados na cadeira odontológica, sob luz artificial, com sonda CPI e espelho bucal plano. Para a coleta de dados, utilizou-se uma ficha adaptada, com base na ficha simplificada da OMS. Adotaram-se todas as medidas de biossegurança vigentes, a fim de proteger os indivíduos submetidos aos exames e a equipe de pesquisa, composta por um único examinador calibrado, com concordância de diagnóstico intraexaminador muito alta ($K = 0,98$), uma anotadora e um monitor responsável por buscar as crianças nas oficinas que elas estavam desenvolvendo.

Pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes

- A) Questionário sobre a Percepção dos Pais – P-CPQ:** constituído por 35 questões, onde as questões 1 e 2 são referentes à percepção global dos responsáveis sobre a saúde bucal e o bem-estar geral da criança ou adolescente, onde as possíveis respostas 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 nas seguintes categorias: sintomatologia bucal (questões 3 a 8), limitações funcionais (questões 9 a 16), bem-estar emocional (questões 16 a 24) e bem-estar social (questões 25 a 35). As alternativas para resposta, são em escala tipo Likert, variando de zero a quatro pontos, onde: “nunca” = 0; “uma ou duas vezes” = 1; “algumas vezes” = 2; “várias vezes” = 3; “todos ou quase todos os dias” = 4. Ainda, houve a opção “não sei” = 0. A pontuação total é obtida pela soma das respostas de todas as questões, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o impacto das doenças bucais na qualidade de vida.

B) Questionário sobre o Impacto das Doenças Bucais na Rotina

Familiar – FIS: escala constituída por 14 questões, referentes ao impacto que as doenças bucais e orofaciais das crianças e adolescentes apresentam na rotina familiar, onde são divididas em quatro subescalas: a atividade dos pais/família (PA), que englobam as questões 1 a 5; emoções familiares (PE), pelas questões 6 a 9; conflito familiar (FC), pelas questões de 10 a 13, e a subescala de encargos financeiros (FB), dispondo de uma única questão (questão 14) que 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 foram em escala tipo Likert: “nunca” = 0; “uma ou duas vezes” = 1; “algumas vezes” = 2; “várias vezes” = 3; “todos ou quase todos os dias” = 4. Ainda, houve a opção “não sei” = 0. A pontuação total é obtida pela soma das respostas de todas as questões, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o impacto das doenças bucais na qualidade de vida.

Os dados coletados foram digitados em planilhas Excel, tabulados e analisados através do programa Epi Info™ 7.2, e apresentados em frequências absolutas e percentuais.

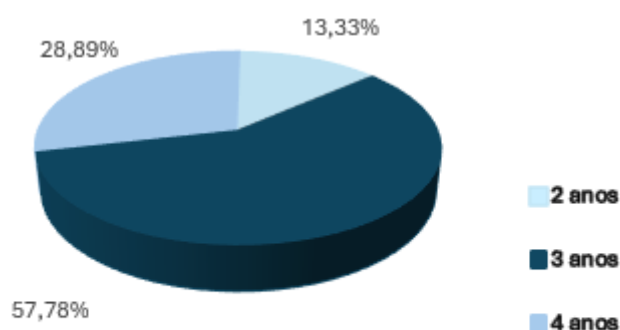
4. RESULTADOS

4.1 Crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos) da Escola Infantil Amar e Cuidar

4.1.1 Características sociodemográficas

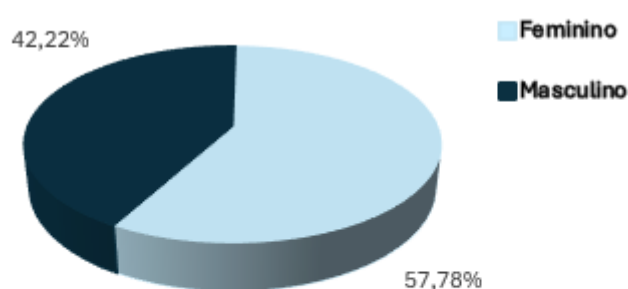
Foram analisadas 45 fichas cadastrais das crianças participantes da “Escola Infantil Amar e Cuidar”, apresentando majoritariamente 3 anos de idade (57,78%), sendo do sexo feminino (57,78%), e raça/cor parda (55,55%). Como nos **gráficos 1, 2 e 3**.

Gráfico 1. Porcentagem das crianças segundo a idade, Araçatuba, 2025.



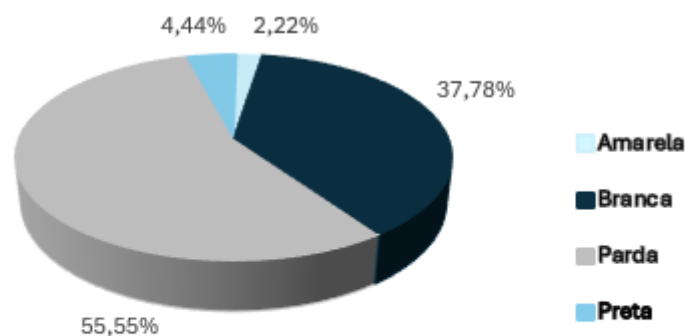
Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Gráfico 2. Porcentagem das crianças segundo o sexo, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

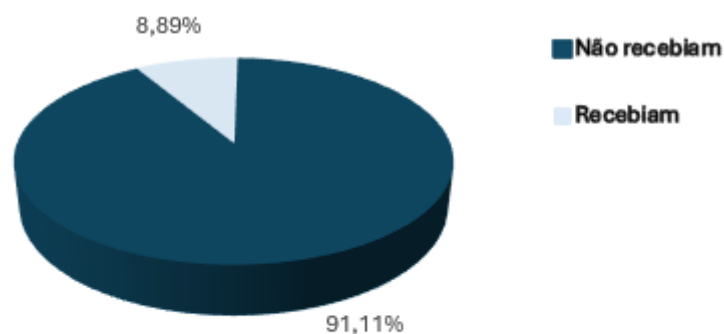
Gráfico 3. Porcentagem das crianças segundo a raça, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

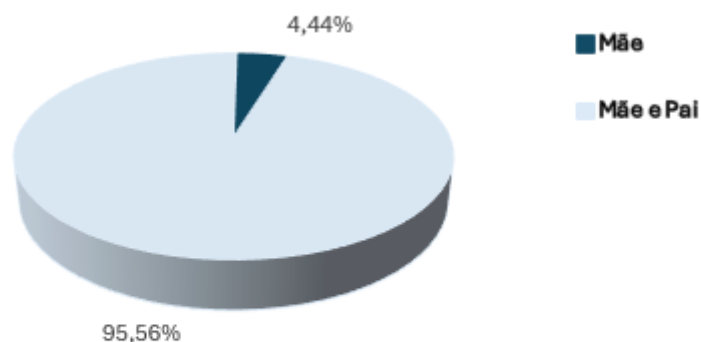
Apenas uma criança apresentava deficiência (2,22%) sendo ela cognitiva (TEA). A mãe declarou-se responsável pela criança em 100% dos casos e 8,89% das famílias faziam parte do programa bolsa família ou recebiam algum benefício. Segundo a filiação, 95,56% apresentavam a mãe e o pai. Observado nos **Gráficos 4 e 5**.

Gráfico 4. Porcentagem das famílias segundo auxílio do governo, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Gráfico 5. Porcentagem segundo a filiação, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.1.2 Índice de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

45 crianças foram examinadas para verificar a presença de cárie dentária, por meio dos índices ceod e a necessidade de tratamento. A **Tabela 1** mostra a frequência absoluta e relativa desse índice.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=45), Araçatuba, 2025.

Índice ceod	Número	Porcentagem
0	41	91,11%
1	2	4,44%
8	1	2,22%
11	1	2,22%
Total	45	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 2** observa-se os valores do índice ceod segundo a idade.

Tabela 2. Número de indivíduos examinados, índice ceod e desvio padrão segundo a idade, Araçatuba, 2025.

Idade	Número	ceod	Desvio Padrão
2	5	0	0,00
3	23	0,39	1,67
4	17	0,71	2,66

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

A **Tabela 3** revela o índice ceod conforme os seus componentes.

Tabela 3. Número, média e porcentagem dos componentes do índice ceod, Araçatuba, 2025.

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	21	0,47	100,00%
Obturados/Cariados	0	0,00	0,00%
Obturados	0	0,00	0,00%
Perdidos	0	0,00	0,00%
Ceo	21	0,47	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 4**, verifica-se o indicador de saúde do percentual de crianças livres de cárie (ceod = 0) nas idades de 2, 3 e 4 anos.

Tabela 4. Número e porcentagem dos indivíduos com e sem cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025.

Idade	Com cárie		Sem cárie		Total	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
2	0	0	5	100	5	100
3	2	8,7	21	91,3	23	100
4	2	11,8	15	88,2	17	100
Total	4	100	41	100	45	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Quanto à necessidade de tratamento, a mais prevalente era o tratamento restaurador de duas ou mais faces (60,9%), como mostra a **Tabela 5**.

Tabela 5. Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025.

Necessidade de Tratamento	Número	Média	Porcentagem
Obturação 1 superfície	9	0,20	39,1
Obturação 2 ou + superfícies	14	0,31	60,9
Extração do dente	0	0	0
Total	23	0,51	100

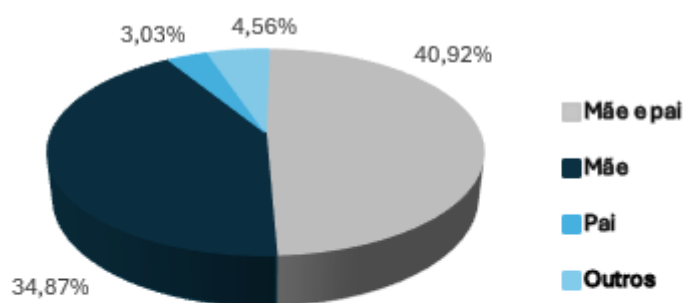
Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.2 Crianças e Adolescentes (6 a 15 anos) do Projeto Caminhar

4.2.1 Características sociodemográficas

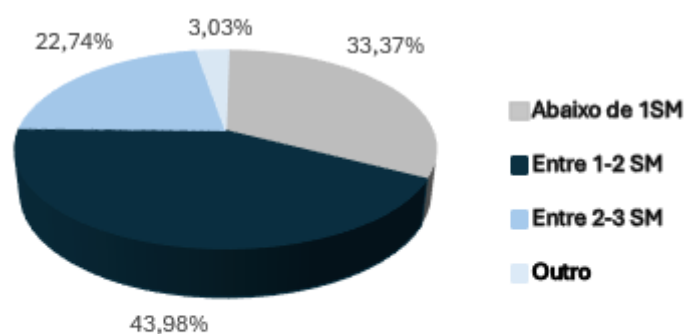
Foram analisadas 66 fichas de cadastro das famílias das crianças e adolescentes integrantes do “Projeto Caminhar”, onde a maioria apresentava a idade de 12 anos (24,24%) e sexo feminino (51,52%). O núcleo familiar era composto pela mãe e pelo pai em 40,92% dos casos. A mãe (68,19%) e o pai (36,37%) possuíam escolaridade até o ensino médio, a renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (43,98%) e 46,97% recebiam algum tipo de auxílio do governo, em sua maioria, o bolsa família. **Gráficos 6, 7 e 8.**

Gráfico 6. Porcentagem das crianças segundo a composição familiar, Araçatuba, 2025.



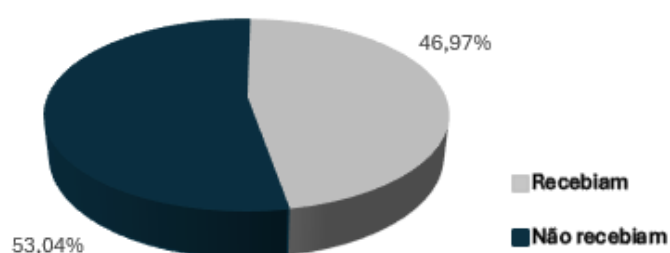
Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Gráfico 7. Porcentagem das crianças segundo a renda familiar, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Gráfico 8. Porcentagem das famílias segundo recebimento de auxílio do governo, Araçatuba, 2025.



Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.2.2 Higienização bucal

O exame do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) foi realizado em 66 crianças e adolescentes. Na **Tabela 6**, verificou-se que a maioria das crianças e adolescentes apresentavam o nível de higienização na faixa “Regular” (84,85%).

Tabela 6. Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=66), Araçatuba, 2025.

IHOS	Número	Porcentagem
De 0 a 1 - Bom	3	4,55%
De 1,1 a 2 - Regular	56	84,85%
De 2,1 a 3 - Ruim	7	10,60%
Total	66	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

4.2.3 Índice de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

66 crianças e adolescentes realizaram exame para verificar a presença de cárie dentária, por meio dos índices ceod, CPOD e necessidade de tratamento. As **Tabelas 7 e 8** mostram a frequência absoluta e relativa desses índices.

Tabela 7. Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=66), Araçatuba, 2025.

Índice ceod	Número	Porcentagem
0	33	50,00%
1	9	13,60%
2	11	16,7%
3	7	10,7%
4	3	4,5%
6	2	3,0%
13	1	1,5%
Total	66	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Tabela 8. Frequência absoluta e relativa do índice CPOD (n=66), Araçatuba, 2025.

Índice CPOD	Número	Porcentagem
0	47	71,2%
1	13	19,7%
2	5	7,6%
3	1	1,5%
Total	66	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

As **Tabelas 9 e 10** mostram os valores dos índices ceod e CPOD segundo a idade.

Tabela 9. Número de indivíduos examinados, índice ceod e desvio padrão segundo a idade, Araçatuba, 2025.

Idade	Número	ceod	Desvio Padrão
6	2	1,0	1,41
7	6	3,17	4,96
8	12	2,08	2,06
9	17	1,29	1,26
10	11	1,18	1,33
11	9	0,89	1,76
12	4	0	0
13	2	0	0
14	3	0	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Tabela 10. Número de indivíduos examinados, índice CPOD e desvio padrão segundo a idade, Araçatuba, 2025.

Idade	Número	CPOD	Desvio Padrão
6	2	1,0	1,41
7	6	0	0
8	12	0,42	0,79
9	17	0,35	0,79
10	11	0,64	0,81
11	9	0,22	0,44
12	4	0,25	0,50
13	2	0	0
14	3	1,0	0

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

As **Tabelas 11 e 12** mostram os índices ceod e CPOD conforme seus componentes, respectivamente.

Tabela 11. Número, média e porcentagem dos componentes do índice ceod (n=66), Araçatuba, 2025.

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	65	0,98	73,03%
Obturados/Cariados	6	0,09	6,74%
Obturados	17	0,26	19,10%
Perdidos	1	0,02	1,12%
ceod	89	1,35	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Tabela 12. Número, média e porcentagem dos componentes do índice CPOD (n=66), Araçatuba, 2025.

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	17	0,26	65,38%
Obturados/Cariados	1	0,02	3,85%
Obturados	8	0,12	30,77%
Perdidos	0	0,00	0,00%
CPOD	26	0,39	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 13**, observou-se o indicador de saúde do percentual de crianças livres de cárie (ceod e CPOD = 0) na faixa etária entre 6 e 14 anos.

Tabela 13. Número e porcentagem dos indivíduos com e sem cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025.

Idade	Com cárie		Sem cárie		Total	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
6	2	100	0	0	2	100
7	4	66,7	2	33,3	6	100
8	9	75	3	25	12	100
9	12	70,6	5	29,4	17	100
10	8	72,7	3	27,3	11	100
11	3	33,3	6	66,7	9	100
12	1	25	3	75	4	100
13	0	0	2	100	2	100
14	3	100	0	0	3	100
Total	42	100	24	100	66	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Em relação à necessidade de tratamento, a mais prevalente era o tratamento restaurador de 2 ou mais faces (48,4%), como mostra a **Tabela 14**.

Tabela 14. Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025.

Necessidade de Tratamento	Número	Média	Porcentagem
Obturação 1 superfície	39	0,59	42,8
Obturação 2 ou + superfícies	44	0,67	48,4
Pulpar + restauração	4	0,06	4,4
Extração do dente	4	0,06	4,4
Total	91	1,38	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.3 Pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes da associação

4.3.1 Questionário sobre a percepção dos pais – P-CPQ

Os pais ou responsáveis que participaram da reunião mensal na associação, responderam ao questionário sobre a percepção sobre os impactos das doenças bucais na qualidade de vida dos seus filhos. Este, foi subdividido em duas questões para verificar a percepção dos pais ou responsáveis sobre a importância da saúde bucal na qualidade de vida dos seus filhos, onde, a primeira questão se tratava de como o responsável classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho, sendo a resposta da maioria a classificação “boa” (36,7%), como observado na **Tabela 15**. E a segunda questão, era referente a quanto o bem-estar geral do filho era afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca, sendo respondida em sua maioria como “nem um pouco” ou “só um pouquinho” (83,33%), ilustrada na **Tabela 16**.

Tabela 15. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2025.

Como você classifica a saúde bucal dos dentes, lábios, maxilares e boca do seu filho (a)?	
Resposta	%
Excelente	20
Muito boa	20
Boa	36,7
Regular	23,3
Ruim	0
Total	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Tabela 16. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2025.

Quanto o bem-estar geral do seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	
Resposta	%
Nem um pouco	70
Só um pouquinho	13,33
Mais ou menos	13,33
Muito	3,33
Muitíssimo	0
Total	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Além dessas, o questionário foi dividido em quatro subescalas: sintomatologia bucal, limitações funcionais, bem-estar emocional e bem-estar social do filho, como demonstrado nas **Tabelas 17 e 18**.

Tabela 17. Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2025.

Subescalas	Índice P-CPQ							
	Sintomatologia Bucal		Limitações Funcionais		Bem-estar Emocional		Bem-estar Social	
Respostas	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca ou não sei	102	56,66	168	70	148	61,66	242	73,33
Uma ou duas vezes	44	24,44	28	11,67	37	15,42	50	15,15
Algumas vezes	32	17,78	39	16,25	41	17,08	29	8,80
Várias vezes	1	0,56	0	0	13	5,42	8	2,42
Todos ou quase todos os dias	1	0,56	5	2,08	1	0,42	1	0,3
Total	180	100	240	100	240	100	330	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Tabela 18. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2025.

EVENTO	SINTOMAS		BUCAIS	
			SIM	NÃO
	n	%	n	%
Presença de dor de dente	14	46,67	16	53,33
Presença de mau hálito	17	56,67	13	43,33
Presença de alimentos presos nos dentes	19	63,33	11	36,67
LIMITAÇÕES		FUNCIONAIS		
Teve dificuldade para mastigar	9	30,0	21	70,0
Respira pela boca	20	66,67	10	33,33
Tem dificuldade em pronunciar algumas palavras	13	43,33	17	56,67
Tem dificuldade em comer ou beber algo quente	11	36,67	19	63,33
BEM-ESTAR		EMOCIONAL		
Sentiu-se perturbado	1	3,33	29	96,66
Sentiu-se irritado ou frustrado	11	36,66	19	63,33
Sentiu-se ansioso ou com medo	21	70,0	9	30,0
BEM-ESTAR		SOCIAL		
Não se acha tão bonito quanto os colegas	5	16,66	25	83,33
Ser tímido	12	40,0	18	60,0

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.3.2 Questionário sobre o impacto das doenças bucais na rotina familiar – FIS

Além do questionário sobre a percepção dos pais (P-CPQ), eles também responderam ao questionário FIS. Este, se divide nas seguintes subescalas: atividade dos pais/família (PA), emoções familiares (PE), conflito familiar (FC), e encargos financeiros (FB), como observado nas **Tabelas 19 e 20**.

Tabela 19. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2025.

FIS								
Subescalas	Atividade dos pais/família		Emoções Familiares		Conflito Familiar		Encargos Financeiros	
Respostas	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca ou não sei	41	68,33	30	62,52	31	64,58	11	91,66
Uma ou duas vezes	5	8,33	4	8,33	8	16,66	0	0
Algumas vezes	10	16,67	11	22,91	8	16,66	1	8,33
Várias vezes	4	6,67	2	4,16	0	0	0	0
Todos ou quase todos os dias	0	0	1	2,08	1	2,08	0	0
Total	60	100	48	100	48	100	12	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

Tabela 20. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2025.

ATIVIDADES DOS PAIS				
EVENTO	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Já se sentiu perturbado	0	0	12	100,0
Já se sentiu culpado	2	16,66	10	83,33
Já teve o seu sono interrompido	8	66,66	4	33,33
Já teve que pedir dispensa no trabalho	5	41,66	7	58,33
Teve menos tempo para si ou para a família	4	33,33	8	66,66

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

5. DISCUSSÃO

Os projetos de extensão universitária voltados para a área da saúde integram os serviços de saúde promovendo uma assistência vinculada ao ensino. São uma ferramenta fundamental para a aproximação dos estudantes à sociedade, sendo um recurso interdisciplinar, educativo e cultural (Dias, et al., 2020). Neste contexto, a extensão permite a promoção de saúde a populações negligenciadas, cujo acesso aos fatores ligados ao bem-estar e/ou qualidade de vida foram restringidos, tais como, educação, alimentação e lazer. No Brasil, grande número de pessoas não tem acesso a políticas públicas desenvolvidas pelo primeiro setor, ou seja, pela esfera pública; nem tão pouco, pelo segundo setor, ou seja, a iniciativa privada. Nessa perspectiva o espaço vago é ocupado por organizações sem fins lucrativos (terceiro setor), como entidades, instituições e associações (Silva, et al. 2024).

A Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC), atende crianças em idade pré-escolar de 2 a 4 anos, encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação, através da Escola Infantil Amar e Cuidar. Além de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, essas, encaminhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social do município de Araçatuba - São Paulo, por meio do “Projeto Caminhar”. Neste, são elaboradas, atividades educativas como: educação física, oficina de teatro, música, robótica e inclusão digital. As crianças frequentam o programa em contraturno ao período escolar. São oferecidas refeições balanceadas como café da manhã, almoço e lanche da tarde. As famílias participantes, em reuniões mensais, recebem cestas básicas (Martins, et al., 2018).

O projeto de extensão “Prevenção e recuperação da Saúde Bucal de crianças e Adolescentes em situação de risco social da Associação Beneficente Amor e Cuidado” agregou a atenção em saúde bucal as atividades desenvolvidas pelo Projeto Caminhar, por meio de ações e atividades educativas, preventivas e curativas (Martins, et al., 2017). Semanalmente, em dois períodos, são realizadas atividades com a utilização de meios lúdicos, como: bonecos de fantoche, macromodelos e escovas, jogos e brinquedos. Ademais, são feitas a escovação supervisionada e uso do fio dental, e aplicação

de flúor tópico por meio de hastes flexíveis com pontas de algodão. Ainda, trimestralmente, é feita a evidenciação de placa bacteriana, com fucsina básica para controle. Quando necessário, o tratamento curativo é realizado no próprio consultório da associação, este, equipado com duas cadeiras odontológicas e toda infraestrutura necessária para o atendimento das crianças. (Martins, et al., 2018).

O contexto de vulnerabilidade é um dos determinantes para o adoecimento, tanto que, a OMS não considerou apenas a ausência da doença como definição da saúde, mas sim, o bem-estar físico, mental e social, como também seu acesso a serviços como lazer, alimentação, educação e moradia, o que corrobora para a compreensão da associação das condições de vida relacionadas ao acesso à serviços de saúde (Andrade et al., 2023). Na presente pesquisa, observou-se que as crianças e adolescentes pertenciam a famílias de baixo nível socioeconômico e estavam inseridas em um ambiente que dificultava a prevenção de doenças bucais, devido à ausência paterna no núcleo familiar, e em alguns casos, também, materna (Silva et al., 2024).

Sendo assim, é possível dizer que um núcleo familiar cuja ausência paterna seja evidente, reflete no bem-estar e desenvolvimento da criança, seja ele físico, cognitivo ou social (Gonçalves et al., 2022). A participação do pai na vida de um filho promove estabilidade emocional, segurança e autonomia. Além de acarretar baixo desempenho e frequência escolar, risco de envolvimento com drogas, dificuldades nas relações interpessoais e distúrbios emocionais, como ansiedade e/ou depressão (Kimberly et al., 2024).

O Brasil está entre as maiores economias mundiais, entretanto, possui um grau de desigualdade significativo no que tange a distribuição de renda entre a população. A fim de diminuir esses números, são criados programas que buscam melhorar as condições de saúde e educação de famílias necessitadas, como por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF) (Germine et, al., 2021). No presente estudo, ficou evidente que as crianças encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação apresentavam um nível econômico maior que as crianças e adolescentes encaminhadas pelo CRAS, já que aproximadamente metade dessas famílias recebia algum tipo de ajuda do governo.

A renda familiar caracteriza um notável indicador de bem-estar, mas não o único, e isso se dá pelo fato de estar correlacionada com as privações nas demais dimensões (lazer, alimentação, educação). No presente estudo, verificou-se que a renda familiar total, ou seja, considerando os auxílios recebidos pelas famílias que participavam de programas sociais, na maioria dos casos, estava entre 1 e 2 salários-mínimos, o que nos dias atuais é incompatível com o acesso aos fatores ligados a saúde, ou seja, a qualidade de vida. Pode-se apontar também, o baixo nível de escolaridade dos pais como uma das possíveis causas para o baixo nível de renda, visto que, os indivíduos de maior nível educacional, normalmente conseguem empregos de melhor remuneração (Silva et al., 2024).

A cárie dentária é considerada uma doença não transmissível, multifatorial, associada à disbiose do biofilme dentário pela exposição à sacarose, também ligada ao estilo de vida, comportamentos deletérios e acesso a tratamentos odontológicos educativos, preventivos e curativos; além dos instrumentos necessários para a realização da higienização bucal. E sua prevenção ocorre por meio da escovação dentária, contato com fontes de flúor, sejam elas, aplicação tópica ou uso de dentifrícios, bem como o controle da dieta em relação a ingestão de açúcares, além de intervenções educativas que influenciem nos comportamentos dos indivíduos. Essas estratégias permitem a diminuição, tanto da incidência de casos, quanto dos agravos bucais (Matthews, 2023).

Nesse sentido, a análise do nível de higienização bucal do paciente, é de suma importância e pode ser realizado por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado, proposto por Greene e Vermillion (1964) a partir do Índice de Higiene Oral (IHO), cujos códigos são os mesmos, porém, são analisados somente os chamados dentes índices. No presente estudo, verificou-se a maioria das crianças analisadas possuíam o nível de higienização “regular”. Provavelmente esse nível de higienização não ideal ocorre devido as crianças ingerirem refeições ao longo do dia na Associação, pois a formação inicial do biofilme ocorre entre 0 e 18 horas (Wei et al., 2024).

O declínio dos índices de cárie dentária, também levaram ao aumento do número de crianças livre da doença, o que pôde ser observado no presente estudo. O projeto de extensão é desenvolvido desde 2013 e vem trazendo benefícios para os participantes (Martins et al., 2017; Martins et al., 2018), fato verificado no presente estudo pelo maior número de dentes afetados serem decíduos, provavelmente nas crianças que ingressaram mais recentemente no projeto. Observou-se a concentração da cárie em poucas crianças, o que sugere a polarização da doença (Martins et al., 2006).

Em relação aos questionários aplicados junto aos pais e responsáveis, observou-se que o P-CPQ evidenciou a subescala “Bem-estar emocional” como a de maior impacto na percepção dos pais quanto a saúde bucal do filho, o que vai contra o achado de outro estudo onde foi observado maior impacto na subescala “Sintomatologia Bucal”. Um dos principais motivos que levam à procura dos pais pelo atendimento odontológico e para seus filhos, é a dor (Silveira et al., 2014). E no questionário FIS, a subescala “Atividade dos pais/família” mostrou-se com maior impacto na rotina familiar, o que concorda com outra pesquisa (Martins et al., 2018). Em muitos casos os pais precisam faltar ao trabalho para levar os filhos para o tratamento odontológico (Anderson et al., 2004). Assim, é possível afirmar que a saúde bucal não influenciou apenas na qualidade de vida das crianças, como também, na rotina dos pais e/ou responsáveis (Martins et al., 2018).

6. CONCLUSÃO

Conclui-se que o nível socioeconômico das famílias é baixo, a higienização bucal das crianças “regular”, a prevalência de cárie dentária é baixa, estando a doença concentrada na dentição decídua e necessitando de tratamento de média complexidade; o percentual de crianças livres de cárie ($CPO+ceo=0$) é pequeno. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é baixa, com maior percepção na subescala “Bem-estar emocional”. Houve impacto na rotina familiar, destacado na subescala “Atividade dos pais/família”.

7. REFERÊNCIAS

- ALBAHAT, Z.; ALMARZOOQI, F. Effect of untreated dental caries on school performance and social life. **International Journal of Community Medicine and Public Health**, [S.l.], v. 8, n. 12, p. 5745-5749, Dec. 2021.
- AMER, AI; ALSEHAIM, WY; ALABDAAL, WH; ALSEMRANI, OM; MANSORI, OM; ALMAHMADI, DS; SUBAHI, MS; FETEIH, MM; ALSHEHRI, SA; ALASMARI, MF; ALQAHTANI, MA Efeito da cárie dentária não tratada no desempenho escolar e na vida social. **International Journal Of Community Medicine And Public Health**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 481–485, 2021.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Vulnerabilidade social e saúde: desafios para a atenção primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1503-1514, 2023.
- ARAÚJO IS, PINHEIRO WR, VILAR MO. Prevalência de cárie dentária em crianças em condição de vulnerabilidade social. Id **Online Revista Psicologia**, v. 14, n. 49, p. 577-587, 2020. DOI: 10.14295/online.v14i49.2349.
- BRAMANTORO, T. et al. The effect of caries on the chewing ability of children: a scoping review. *European Journal of Dentistry*, v. 17, n. 4, p. 1012–1019, 2023. DOI: 10.1055/s-0042-1758066.
- CHUMBINHA, I.G.M., et al. “Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review.” **BMC public health** v. 23, n. 1, p. 1603, 2023. DOI:10.1186/s12889-023-16241-2.
- CRESCENTE, L.G., et al. Mudanças da prevalência de dentes permanentes cariados no Brasil e em países de renda média-alta nos anos 1990 e 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, 2021.
- DIAS, J. G. M.; CHOU, D. T. C.; GERMANI, A. C. C. G.; FERRARO, A. A. Projeto de extensão universitária e serviço de saúde local: aproximação que educa. **Revista Ciência em Extensão**, v. 16, p. 283-295, 2020.
- GARNELO L., LIMA J.G., ROCHA E.S.C., HERKRATH F.J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saude Debate**, v. 42, supl. 1, p. 81-99, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s106.
- GERMINE, J. A. D. L.; PERES, R. G. Transferência de renda condicionada e o trabalho do cuidado: uma análise do Programa Bolsa Família em 2019. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 38, p. e0176, 2021.
- GONÇALVES, B. C. O pai e sua influência no desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) — Universidade La Salle, Canoas, 2022.

GUSHI L.L., SOARES M.C., FOMI T.I.B., VIEIRA V., WADA R.S., SOUSA M.L.R. Relação entre cárie dentária e fatores socioeconômicos em adolescentes. *Journal of Applied Oral Science*. v. 13, n. 3, p. 305–11, 2005.

KIMBERLY, D.; ROBERTS, J. Impact of father absence on children's academic achievement, behavior, and emotional development. **Journal of Family Psychology**, v. 38, n. 2, p. 215–229, 2024.

LEÃO, M. M.; GARBIN, C. A. S.; MOIMAZ, S. A. S.; ROVIDA, T. A. S. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3365–3374, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152011.00632015.

MARTINS, R. J. et al. Projeto de Extensão da Associação “João Arlindo”: avanços e conquistas. **Revista Ciência em Extensão**, v.13, n.2, p.34-43, 2017.

MARTINS, R. J.; BELILA, N. M.; BARRETO, G. G.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. Í.; Doenças bucais e qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo. **Revista Ciência em Extensão**, v. 14, n.4, p. 113-125, 2018.

MARTINS, R. J.; BELILA, N. M.; SILVA, C. E.; FURUSE, M. A.; GARBIN, C. A. S. Percepção sobre saúde bucal de crianças de um projeto social. **Revista Ciência em Extensão**, v. 18, p. 18–28, 2022. DOI: 10.23901/1679-4605.2022v18n1p18-28.

MARTINS, RJ; GARBIN CAS; GARBIN AJI; MOIMAZ SAS; SALIBA O. Declínio da cárie em um município da região Noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1035-1041, 2006.

MATTHEWS P. Prevention of dental caries in children and young people. **Nurs Child Young People**, v. 35, n. 3, p. 22-27, 2023. DOI:10.7748/ncyp.2022.e1451.

O conhecimento sobre saúde bucal e dentária impacta o Índice de Higiene Bucal Simplificado (OHI-S) de crianças do Ensino Fundamental. **Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 2179–2183, 2021. DOI: 10.37506/ijfmt.v15i4.17030.

OLIVEIRA FM. Desigualdade social: uma trajetória de insistência no Brasil. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v.16, n. 7, p. 6750-6766, 2023. doi: 10.55905/revconv.16n.7-151.

ORTIZ VINCES, A. J.; ORTIZ VINCES, R. A.; GUILLEN MENDOZA, R. V.; IRIGOYEN MOLINA, J. A. Índice de higiene oral simplificada en el Ecuador. **RECIMUNDO**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 224–238, 2024. DOI: 10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.224-238.

ORTIZ, F. R. et al. “Oral health-related quality of life determinants throughout adolescence: a cohort study in Brazil.” *Quality of life research*, v. 31, n. 8, p. 2307-2317, 2022. doi:10.1007/s11136-022-03130-1.

PAREDES S.O, GALVÃO R.N., FONSECA F.R.A. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 125-39, 2014.

SALIBA, N.A.; ORENHA, E.S.; NAKAMA, L.; MENEHIM, M.C.; MOIMAZ, S.A. Prevalência da cárie dentária em crianças de 3 a 6 anos de idade, do município de Araçatuba - SP. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 27, n. 1, p. 207-213, jan./jun. 1998.

SILVA C.E., MARTINS, R.J., MORAES A.C.R.S., FURTADO B.A., NÓBREGA J.C., OLIVEIRA J.P., et al. Crianças vulneráveis e sua percepção sobre saúde bucal. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n.7, p. e16755, 2024.

SILVA, M. V.; TEIXEIRA, F. C. A parentalidade no desenvolvimento da criança contemporânea. **Ciência Dinâmica**, v. 15, p. e152402, 2024. DOI: 10.4322/2176-6509.2024.002.

SILVEIRA, A.B.V. da et al. Quais fatores de risco determinam a cárie dentária nos dias atuais? Uma scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e24810716548, 2021.

SILVEIRA, MF; Impact Socioeconomic level and the parents perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1169-1182, 2014.

SOUSA, F.S. et al. Persistem iniquidades sociais na distribuição da cárie dentária em adolescentes maranhenses? Contribuições de um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 07, 2021.

TWETMAN S. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. **European Journal of Oral Sciences**, v. 126, supl. 1, p. 19-25, 2018. doi:10.1111/eos.12528.

WEI, Y; DANG, G. P.; REN, Z. Y.; et al. Recent advances in the pathogenesis and prevention strategies of dental calculus. *Npk Biofilms and Microbiomes*, v.10, p. 56, 2024.