



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Câmpus de Araçatuba

JOÃO VICTOR GÊNOVA CHICÓRIA

**Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças e
adolescentes e na rotina familiar: percepção dos pais ou
responsáveis**

Araçatuba – SP

2019

JOÃO VICTOR GÊNOVA CHICÓRIA

**Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças e
adolescentes e na rotina familiar: percepção dos pais ou
responsáveis**

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

Orientador: Prof. Assoc. Ronald Jefferson Martins

Araçatuba – SP

2019

*Desde quando ingressei na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, sonho com o dia de obter formação em uma instituição de nível superior exemplar como a FOA. Nada disso seria possível sem o apoio da minha família, em especial da minha avó **Maria de Lurdes Serra de Gênova**, que desde o dia em que eu nasci cuida de mim de maneira única; como um filho, minha mãe **Vanessa Serra de Gênova** que sempre esteve ao meu lado e estará cada vez mais no futuro, meu irmão **Luis Gustavo de Gênova Chicória** que me mostra a cada dia que os laços de sangue são os mais fortes que poderíamos ter na vida. Dedico este trabalho a vocês.*

*Dedico também à minha tia avó **Aparecida Barbosa da Silva**, que sempre fez o possível e o impossível para me ajudar com o que eu precisasse, na hora que eu precisasse.*

Aos meus amigos, de Fernandópolis e de Araçatuba, que considero minha família, e que me ajudam a perseverar na vida acadêmica.

E aos meus professores, ao longo de todos esses anos de FOA, que me transmitiram todos os conhecimentos necessários para me tornar um profissional exemplar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador, Professor **Ronald Jefferson Martins**, por todo o ensinamento transmitido ao longo destes anos e por me apresentar o Projeto Caminhar da Associação João Arlindo. Obrigado por todas as oportunidades.

À doutoranda **Naiana de Melo Belila**, que se mostrou uma amiga, um porto seguro e um guia no meu caminho, desde o meu primeiro ano nesta faculdade. Muito obrigado por aceitar fazer parte da banca examinadora e muito sucesso na sua vida.

À professora **Tânia Adas Saliba**, por aceitar fazer parte da banca desse trabalho e por todas as aulas e ensinamentos transmitidos ao longo do curso de Odontologia.

À disciplina de Saúde Coletiva e ao pessoal do **Departamento de Odontologia Infantil e Social da FOA – UNESP**, em especial ao **Nilton** por toda a ajuda e suporte que tem me dado sem deixar faltar a alegria e humor no dia a dia do departamento.

Ao pessoal da **Associação Beneficente João Arlindo**, funcionários e crianças, pela colaboração com nosso estudo e por me acolher de maneira tão afetiva todas as semanas durante esses anos em que estive presente.

Aos professores da FOA – UNESP que fizeram diferença na minha vida acadêmica positivamente. Foram poucos, mas obrigado.

À minha família e amigos, que acreditaram em mim durante esta trajetória e não me deixaram faltar forças. Agradeço à minha avó **Lurdes**, minha mãe **Vanessa** e meu irmão **Luis Gustavo** por me amparar sempre que eu precisei. Agradeço aos meus amigos **Bruna, Euler, Gabriela, Heloísa, Lucas, Maria Paula, Mariana, Nathalia, Thais** e **Ulisses** por sempre estarem vibrando energias positivas ao meu redor.

À **Caroline** por estar ao meu lado durante esses quatro anos em que moramos juntos, dividindo momentos e aprendizados nessa caminhada. Obrigado por tudo que passamos, e que nosso caminho seja próspero nesse novo ciclo que se inicia.

E em especial às minhas amigas, **Débora** e **Fernanda**, que estiveram comigo na produção deste trabalho desde o início, em cada reunião, cada coleta de dados e cada ida à associação. Obrigado por tudo, nós conseguimos tudo isso juntos!

*“Feche portas, encerre ciclos, capítulos, vire a
página, faça como quiser, o importante é
recomeçar. Não se pode mudar sua história, mas
sim escrever uma nova para sua vida”*

Priscilla Rodighiero

Chicória, J.V.G. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças e adolescentes e na rotina familiar: percepção dos pais ou responsáveis.** 2019. 41p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

RESUMO

As principais patologias bucais recorrentes no Brasil são a cárie dentária e as maloclusões. Esses males ocasionam muitos aspectos negativos na vida das crianças e adolescentes. Frente a estas constatações, objetivou-se neste estudo analisar o perfil familiar, a higienização bucal, prevalência de cárie dentária e de maloclusão nas crianças e adolescentes em situação de risco social de uma associação beneficente de um município do noroeste do Estado de São Paulo. Além disso, verificar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar. Analisou-se a ficha de cadastro das famílias das crianças e adolescentes do projeto para observar o perfil socioeconômico das mesmas. Observou-se a higienização bucal das crianças e adolescentes por meio do cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado. Realizou-se levantamento epidemiológico de cárie dentária e necessidades de tratamento por meio dos índices CPO-D, ceo-d e de Necessidade de Tratamento. Utilizaram-se os Índices de Maloclusão e de Estética Dental (DAI) para verificar a presença de anormalidades dento-faciais e aplicou-se o questionário Parental – Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), para avaliar as percepções dos pais ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais nos filhos e o questionário Family Impact Scale (FIS), para observar o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar. Os dados coletados foram digitados em planilha Excel, tabulados e analisados por meio dos programas Epi Info™ 7.2 e BioEstat 5.0. Na maioria dos casos, os pesquisados apresentavam dois irmãos (29,6%), moravam em cinco pessoas na casa (31,3%) e sem a presença do pai ou com o padrasto (54,2%). A mãe (60,9%) e o pai (41,3%) apresentavam baixa escolaridade, tendo estudado até o ensino médio incompleto, a renda familiar era entre 1 e 2 mínimos (45,8%). A maior parte da população estudada tinha o nível de higienização na faixa “regular” (66,7%). 44 (31,9) e 67 (48,5%) dos pesquisados apresentavam o índice CPO-D e ceo-d maior que 0, respectivamente; sendo o

componente “cariado” o de maior porcentagem em ambos os índices. Na maioria dos casos, a necessidade de tratamento era restauração de uma ou mais superfícies dentais. Além disso, a maior parte apresentava anormalidades dento-faciais em diferentes graus (61,6%). Em relação ao questionário P-CPQ, 35 (44,9%) dos pais responderam que o bem-estar geral do filho era afetado “nem um pouco” ou “só um pouquinho” pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca. Quanto ao FIS, a subescala que mais interferiu na rotina familiar foi “Atividade dos pais/família”. Os participantes do projeto social integram famílias de baixo nível socioeconômico, e estão inseridos em um ambiente que pode dificultar a prevenção de doenças. Apresentam deficiência na higienização e alta prevalência de cárie dentária e maloclusão. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é baixa, sendo que as subescalas mais lembradas foram “bem estar emocional” e “sintomas bucais”. Além disso, as doenças bucais apresentam impacto na rotina familiar, em especial nas “atividades dos pais/família”.

Palavras-chave: Relações Familiares. Criança. Relações Pais-Filho. Cárie Dentária. Má Oclusão. Qualidade de Vida.

Chicória, J.V.G. **Impact of oral health on the quality of life of children and adolescents and on Family routine: parents 'or guardians' perception.** 2019. 41p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2019.

ABSTRACT

The main recurrent oral pathologies in Brazil are dental caries and malocclusions. These evils cause many negative aspects in the lives of children and adolescents. Facing these findings, the objective of this study was to analyze the family profile, oral hygiene, prevalence of dental caries and malocclusion in children and adolescents at social risk of a charitable association of a northwestern city of São Paulo State. In addition, to verify the perception of parents or guardians over the impact of oral diseases on their children's quality of life and family routine. The registration form of the families of the children and adolescents of the project was analyzed to observe their socioeconomic profile. The oral hygiene of children and adolescents was observed through the calculation of the Simplified Oral Hygiene Index. An epidemiological survey of dental caries and treatment needs was performed using the DMF-T, dmf-t and Need for Treatment indices. The Malocclusion Index and Dental Aesthetic Index (DAI) were used to verify the presence of tooth-facial abnormalities. The Parental - Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) was applied to evaluate the parents or guardians perceptions about the impact of oral diseases on children, and the Family Impact Scale (FIS) questionnaire, to observe the impact that oral and orofacial diseases of adolescents has on family routine. The collected data were entered into an Excel spreadsheet, tabulated and analyzed using Epi Info TM 7.2 and BioEstat 5.0 softwares. In most cases, the respondents had two siblings (29.6%), lived in five people in the house (31.3%) and lived without the presence of the father or stepfather (54.2%). The mother (60.9%) and the father (41.3%) had low education, having studied until incomplete high school; family income was between 1 and 2 minimums (45.8%). Most of the population studied had the level of hygiene in the “regular” range (66.7%). 44 (31.9) and 67 (48.5%) of respondents had the DMF-T and dmf-t indexes greater than 0, respectively; being the

decayed component the highest percentage in both indexes. In most cases, the need for treatment was restoration of one or more dental surfaces. In addition, most had dento-facial abnormalities to varying degrees (61.6%). Regarding the P-CPQ questionnaire, 35 (44.9%) of the parents answered that their child's general well-being was affected "not at all" or "only a bit" by the condition of their teeth, lips, jaws or mouth. Regarding FIS, the subscale that most interfered with family routine was "Parent / Family Activity". The participants of the social project are families of low socioeconomic status, and are inserted in an environment that makes the prevention of diseases difficult. They have deficient hygiene and a high prevalence of dental caries and malocclusion. Parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life is low, and the most remembered subscales were "emotional well-being" and "oral symptoms". In addition, oral diseases have an impact on family routine, especially on "parent / family activities".

Keywords: Family Relations. Child. Parent-Child Relations. Dental Caries. Malocclusion. Quality of Life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=150), Araçatuba, 2019	26
Tabela 2	Frequência absoluta e relativa do índice CPO-D (n=138), Araçatuba, 2019	27
Tabela 3	Frequência absoluta e relativa do índice ceo-d (n=138), Araçatuba, 2019	27
Tabela 4	Número de indivíduos examinados, Índice CPO-D e desvio padrão segundo a idade (n=138), Araçatuba, 2019	27
Tabela 5	Número de indivíduos examinados, Índice ceo-d e desvio padrão segundo a idade (n=138), Araçatuba, 2019	28
Tabela 6	Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPO-D, Araçatuba, 2019	28
Tabela 7	Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceo-d, Araçatuba, 2019	28
Tabela 8	Número e porcentagem dos indivíduos sem e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2019	29
Tabela 9	Número e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2019	29
Tabela 10	Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo a presença e grau da anormalidade dento facial (n=138), Araçatuba, 2019	30

Tabela 11	Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2019	30
Tabela 12	Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2019	31
Tabela 13	Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2019	31
Tabela 14	Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2019	32
Tabela 15	Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2019	32
Tabela 16	Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2019	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Análise do Índice de Higiene Oral Simplificado	21
Figura 2-	Levantamento epidemiológico de doenças bucais	22
Figura 3-	Aplicação dos questionários P-CPQ e FIS aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes	24

LISTA DE ABREVIATURAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
ceo-d	Dente cariado, extração indicada, obturado
CPO-D	Dente Cariado, Perdido, Obturado
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIS	Family Impact Scale
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
P-CPQ	Parental – Caregiver Perceptions Questionnaire

SUMÁRIO

1	Introdução	16
2	Objetivo	19
3	Metodologia	20
4	Resultados	25
5	Discussão	34
6	Conclusão	38
	Referências	39

1.INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde, é definido pela “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”. Ele enseja a capacidade do indivíduo de possuir bem-estar geral, emocional, felicidade diária e saúde, o que engloba o acesso a diferentes fatores, como: saúde, educação, moradia, alimentação e lazer; entre outros (OMS, 1993).

Pode-se inferir a este conceito tanto fatores positivos, quanto negativos em relação ao bem-estar geral decorrente de aspectos socioeconômicos e culturais do indivíduo. Esses determinantes relacionam-se diretamente, influenciando também em questões familiares e educativas. De modo mais específico, uma família com nível socioeconômico mais baixo é limitada quanto ao acesso a informações e serviços de saúde, o que gera um prejuízo no rendimento social de seus integrantes e conseqüentemente, prejuízo na qualidade de vida. (Paredes et al., 2014)

Uma boa saúde bucal está relacionada a ausência de dor, funcionalidade fisiológica adequada, e principalmente ausência de doença. Neste contexto, não é possível dissociar a saúde bucal da saúde geral do indivíduo, uma vez que a saúde sistêmica está intimamente conectada e é influenciada pelas ocorrências fisiológicas e patológicas da boca. Portanto, o comprometimento da saúde bucal possui íntima relação com a perda da qualidade de vida (Graciano et al., 2010).

Por estarem em processo de formação de caráter e de ideologias sociais, as crianças e adolescentes constituem um grupo de vulnerabilidade, principalmente os de menor nível socioeconômico, que devido à fragilidade e dependência dos mais velhos, tornam-se submissos ao ambiente físico e social (Fonseca et al., 2013). Portanto, a construção do conceito de qualidade de vida é adquirido dos pais, cujo conhecimento sobre saúde bucal e sistêmica é originado de sua cultura, crenças, comportamentos e meio em que vive. O papel da família é de prover qualidade de vida e rotina de higiene aos seus filhos (Jokovic et al., 2003).

A rotina de higiene bucal e alimentação saudável tendem a ser uma característica da família, com forte influência dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos, desde a infância até a adolescência. A cárie dentária, por exemplo, é uma

doença multifatorial e está normalmente associada a fatores comportamentais e hábitos do indivíduo adquiridos com a família (Barbosa et al., 2012).

Apesar da redução dos índices de cárie nas últimas décadas, verifica-se grande iniquidade na experiência e distribuição da doença no Brasil. Este é o fenômeno da polarização, onde a parcela mais carente da população concentra quase toda a carga da doença. (Oliveira et al., 2013)

Outro problema que afeta a saúde bucal de indivíduos nessa etapa da vida são as maloclusões, que apesar de ter sua origem genética na maioria dos casos, é agravada pelos hábitos deletérios adquiridos pela criança. A ocorrência das oclusopatias é maior em indivíduos de níveis sociais mais baixos (Carminatti et al., 2017).

As crianças e adolescentes de pior situação socioeconômica são mais favoráveis ao desenvolvimento de doenças bucais, seja pela falta dos instrumentos necessários para uma higiene adequada, ou devido à saúde bucal não ser uma prioridade e não fazer parte da rotina familiar. Nas classes socioeconômicas inferiores, onde o nível de escolaridade é baixo, há pouco acesso a informações e a saúde, levando ao aumento nos índices de cárie dentária entre os pais e filhos, gerando experiências desagradáveis como a dor, prejuízo no convívio social e no rendimento escolar. (Minayo et al., 2000)

Já as famílias de classes socioeconômicas mais elevadas possuem melhores condições de saúde bucal, devido à maior escolaridade, inclusão da higiene bucal na rotina familiar desde cedo, acesso a informações e tratamentos preventivos e curativos, além de maior acesso a visitas rotineiras ao cirurgião dentista (Barbosa et al., 2012).

O estudo dos determinantes sociais em saúde e da epidemiologia das doenças bucais que acometem a população é um notável campo da Saúde Coletiva. Entender esses fatores e associá-los com o perfil familiar traçado de uma população favorece ações de cuidado e respostas às necessidades de saúde, por meio de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, com foco na melhoria da justiça social, além de reduzir vulnerabilidades e iniquidades na saúde (Westphal et al., 2006).

Baseado no que foi exposto, o trabalho foi realizado nas seguintes etapas:

- análise do perfil socioeconômico das famílias dos integrantes do projeto.
- levantamento do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) das crianças e adolescentes.
- levantamento epidemiológico de cárie dentária e maloclusão.
- aplicação de questionários junto aos pais/responsáveis a fim de avaliar a percepção dos mesmos em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

2. OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi analisar o perfil familiar, a higienização bucal, a prevalência de cárie dentária e de maloclusão nas crianças e adolescentes em situação de risco social de uma associação beneficente de um município do noroeste do Estado de São Paulo, Brasil. Além disso, verificar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e exploratório, composto por crianças na faixa etária de 6 a 14 anos de idade integrantes do “Projeto Caminhar” da Associação Beneficente Batista João Arlindo de Araçatuba, São Paulo, no ano de 2019 e seus respectivos pais ou responsáveis.

Em reunião mensal com os pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes foram explicitados os objetivos do estudo e posterior uso dos dados coletados. Participaram do estudo as crianças e adolescentes e pais/responsáveis que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estavam presentes no dia da coleta de dados.

A análise do perfil socioeconômico das famílias dos integrantes do projeto foi realizada por meio do cadastro realizado pela associação. Nele estão presentes informações como: o responsável pela criança/adolescente, dados pessoais, composição familiar (moradores na residência e número de irmãos), escolaridade, renda, participação da família em programas sociais e o motivo do interesse pela vaga.

A higienização bucal das crianças e adolescentes foi observada por meio do cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (Greene e Vermillion, 1964). Originalmente, o IHOS é um índice composto por dois subíndices; um para medir placa e outro para tártaro, sendo o IHOS 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).

Os exames foram realizados por um pesquisador treinado. Utilizou-se a fucsina básica para corar a placa bacteriana. Os dentes índices foram analisados com a ajuda de espátulas de madeira (**FIGURA 1**).



Figura 1. Análise do Índice de Higiene Oral Simplificado

O levantamento epidemiológico de cárie dentária e necessidades de tratamento foi realizado baseado na quarta edição do manual de Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da OMS de 1999 (OMS, 1999). Utilizou-se os índices CPO-D para dentição permanente, ceo-d para dentição decídua e de Necessidade de Tratamento. Os exames foram realizados no pátio da associação sob luz natural, com a ajuda de um espelho bucal plano; uma sonda proposta pela OMS, conhecida como “sonda CPI” e ficha adaptada com base na ficha simplificada da OMS para a coleta dos dados. Adotaram-se as medidas de biossegurança vigentes a fim de proteger tanto os pesquisadores, quanto os que se submeteram aos exames.

Utilizaram-se dois índices para verificar a presença de anormalidades dento-faciais, conforme a idade do indivíduo. O Índice de Maloclusão (OMS, 1991), classificou as crianças em relação à maloclusão como “normal” (sem alterações), “leve” (pequenas alterações) ou moderada/severa (alterações inaceitáveis na função mastigatória, ou aparência facial, ou problemas fonéticos). O Índice de Estética Dental (Dental Aesthetic Index - DAI) (OMS, 1999) foi utilizado para indivíduos de maior idade. Nele são avaliadas as informações relativas a três grupos de condições: dentição, expressa pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos; espaço, avaliado com base na presença de apinhamento ou espaçamento no segmento incisal, presença de diastema e desalinhamento maxilar e mandibular anterior; oclusão, baseado nas medidas do overjet maxilar e mandibular anterior, da mordida aberta vertical anterior

e da relação molar ântero-posterior. Os valores obtidos foram lançados em uma equação de regressão. O DAI fornece quatro possibilidades de desfecho: ausência de anormalidade ou maloclusões leves, cujo tratamento ortodôntico é desnecessário (DAI = 5); maloclusão definida, cujo tratamento é eletivo (DAI = 26-30); maloclusão severa, cujo tratamento é altamente desejável (DAI = 31-35) e maloclusão muito severa ou incapacitante, cujo tratamento é fundamental (DAI = 36). No estudo, procurou-se equivaler os valores dos dois índices (**FIGURA 2**).



Figura 2- Levantamento epidemiológico de doenças bucais

Foram entregues aos pais ou responsáveis os questionários:

a) 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. (Jokovic et al., 2003; Barbosa e Gavião, 2012), 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 vida (Barbosa e Gavião, 2012). O P-CPQ foi originalmente desenvolvido no idioma inglês, em Toronto, Canadá, por Jokovic et al. (Jokovic et al., 2002; Jokovic et al., 2003) e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Barbosa et al. (Barbosa 2010), mostrando-se válido e confiável para a avaliação da percepção de pais (Barbosa e Gavião, 2012).

b) Escala de Impacto Familiar – FIS (Family Impact Scale), para avaliar o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar (Locker, 2002). Foi desenvolvida no Canadá por Jokovic (Jokovic et al., 2002) e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Goursand et al. (Goursand et al., 2009). Esta escala é composta por 14 itens, que são divididos em quatro subescalas: a atividade dos pais/família (PA), composto pelas questões de 1 a 5; emoções familiares (PE), pelas questões de 6 a 9; e o conflito familiar (FC), pelas questões de 10 a 13. A subescala de encargos financeiros (FB) 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. (Jokovic et al., 2003), pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais (**FIGURA 3**).



Figura 3 - Aplicação dos questionários P-CPQ e FIS aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes

Utilizou-se o programa Epi Info™ 7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) para tabulação e análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o protocolo CAAE 02360718.8.0000.5420, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12.

4. RESULTADOS

Perfil familiar

Foram analisadas 179 fichas de cadastro das famílias das crianças e adolescentes participantes do projeto, sendo 118 pais/responsáveis pelas mesmas. Verificou-se uma paridade em relação ao sexo das crianças, onde 91 (50,8%) eram do sexo masculino. As idades variavam de 6 a 14 anos, com média de 9,4245 anos ($dp=2,0740$), sendo mais prevalentes as idades de 10 anos (18,4%), 9 anos (17,3%) e 7 anos (16,8%).

Observou-se que 11 (6,1%) apresentavam quatro irmãos, 35 (19,6%) três irmãos, 53 (29,6%) dois irmãos, 51 (28,5%) um irmão e 29 (16,2%) não apresentavam irmãos.

Na residência moravam sete pessoas em 10 (5,6%) dos casos, seis pessoas em 18 (10,1%) dos casos, cinco pessoas em 56 (31,3%) dos casos, quatro pessoas em 49 (27,4%) dos casos, três pessoas em 35 (19,5%) dos casos e duas pessoas em 11 (6,1%) dos casos.

O pai não estava presente no núcleo familiar em 75 (41,9%) dos casos e em 22 (12,3%) o padrasto fazia este papel. Em 18 (10,1%) dos casos a mãe não estava presente no núcleo familiar e em 2 (1,1%) a madrasta fazia este papel.

Em relação à escolaridade dos pais, 44 (24,6%) apresentavam o ensino fundamental incompleto, 13 (7,3%) fundamental completo, 17 (9,5%) médio incompleto, 25 (14%) médio completo e em 80 (44,6%) esta informação não estava presente.

Em relação à escolaridade das mães, 36 (20,1%) apresentavam o ensino fundamental incompleto, 32 (17,9%) fundamental completo, 41 (22,9%) médio incompleto, 60 (33,5%) médio completo, 1 (0,6%) superior completo e em 9 (5%) esta informação não estava presente.

Quanto à responsabilidade pela criança, em 147 (82,1%) dos casos era a mãe, em 20 (11,2%) o pai, em 8 (4,5%) a avó, em 3 (1,7%) a tia e em 1 (0,5%) o irmão.

Em relação a benefícios para a complementação da renda familiar, 105 (58,7%) famílias recebiam algum tipo de ajuda, sendo que 94 (52,5%) recebiam Bolsa Família, 16 (8,9%) Viva Leite, 7 (3,9%) Benefício de Prestação Continuada (BPC) e 5 (2,8%) pensão.

Baseado no salário mínimo vigente no ano de 2019 verificou-se que a renda familiar total (inclusive com a ajuda recebida) era de até 1 salário mínimo em 43 (24%) dos casos, entre 1 e 2 salários mínimos em 82 (45,8%) dos casos, entre 2 e 3 mínimos em 37 (20,7%) dos casos, acima de 3 mínimos em 15 (8,4%) dos casos e em 2 (1,1%) esta informação não estava presente.

Higienização Bucal

O universo amostral do estudo era composto por 170 crianças e adolescentes, pertencentes aos períodos da manhã e tarde, regularmente matriculadas no projeto em 2019. Destes, 150 (88,2%) realizaram o exame do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Na **Tabela 1**, observa-se que a maioria da população estudada apresentava o nível de higienização na faixa “regular” (66,7%) (Pinto, 2013).

Tabela 1- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=150), Araçatuba, 2019

IHOS	Número	Porcentagem
De 0 a 1 - Bom	26	17,3
De 1,1 a 2 - Regular	100	66,7
De 2,1 a 3 - Ruim	24	16
Total	150	100

Cárie Dentária

Do total de crianças e adolescentes, 138 (81,2%) realizaram o exame para verificar a presença de cárie dentária, por meio dos índices CPO-D e ceo-d. As **Tabelas 2 e 3** mostram as frequências absoluta e relativa desses índices.

Tabela 2- Frequência absoluta e relativa do índice CPO-D (n=138), Araçatuba, 2019

Índice CPO-D	Número	Porcentagem
0	94	68,1
1	22	15,9
2	15	10,9
3	2	1,5
4	5	3,6
Total	138	100

Tabela 3- Frequência absoluta e relativa do índice ceo-d (n=138), Araçatuba, 2019

Índice ceo-d	Número	Porcentagem
0	71	51,5
1	16	11,6
2	17	12,3
3	11	8
4	6	4,3
5	8	5,8
6	7	5,1
7	1	0,7
9	1	0,7
Total	138	100

As **Tabelas 4 e 5** revelam os valores dos índices CPO-D e ceo-d segundo a idade.

Tabela 4- Número de indivíduos examinados, Índice CPO-D e desvio padrão segundo a idade (n=138), Araçatuba, 2019

Idade	Número	CPO-D	Desvio Padrão
6	10	0,4	0,69
7	19	0,15	0,5
8	15	0,4	0,73
9	29	0,41	0,78
10	26	0,65	1,12
11	15	0,93	1,38
12	13	0,84	1,21
13	6	1,16	1,6
14	5	0,8	0,83

Tabela 5- Número de indivíduos examinados, Índice ceo-d e desvio padrão segundo a idade (n=138), Araçatuba, 2019

Idade	Número	ceo-d	Desvio Padrão
6	10	2,7	2,35
7	19	2,52	2,61
8	15	1,93	2,43
9	29	1,89	2,17
10	26	1,07	1,38
11	15	1,06	1,22
12	13	0,15	0,37
13	6	0	0
14	5	0	0

Nas **Tabelas 6 e 7** observa-se os índices CPO-D e ceo-d conforme os seus componentes.

Tabela 6- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPO-D, Araçatuba, 2019

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	41	0,3	52,6
Obturados/Cariados	0	0	0
Obturados	37	0,27	47,4
Perdidos	0	0	0
CPOD	78	0,57	100

Tabela 7- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceo-d, Araçatuba, 2019

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	135	0,98	65,8
Obturados/Cariados	11	0,08	5,4
Obturados	52	0,38	25,4
Perdidos	7	0,05	3,4
ceo-d	205	1,49	100

Na **Tabela 8** verifica-se o indicador do percentual de crianças livres de cárie (CPO-D e ceo-d = 0).

Tabela 8- Número e porcentagem dos indivíduos sem e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2019

Idade	Sem cárie		Com cárie		Total	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
6	2	20	8	80	10	100
7	7	36,8	12	63,2	19	100
8	6	40	9	60	15	100
9	10	34,5	19	65,5	29	100
10	12	46,2	14	53,8	26	100
11	2	13,3	13	86,7	15	100
12	5	38,5	8	61,5	13	100
13	3	50	3	50	6	100
14	2	40	3	60	5	100
Total	49	35,5	89	64,5	138	100

Em relação à necessidade de tratamento, a mais prevalente era o tratamento restaurador de uma face, como mostra a **Tabela 9**.

Tabela 9- Número e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2019

Necessidade de Tratamento	Número	Porcentagem
Obturação 1 superfície	82	41,9
Obturação 2 ou + superfícies	80	40,8
Extração do dente	12	6,1
Pulpar + restauração	22	11,2
Total	196	100

Maloclusão

Do total de crianças e adolescentes, 138 (81,2%) realizaram o exame para verificar a presença e o grau de maloclusão, por meio dos Índices de Maloclusão e

de Estética Dental (DAI). Na **Tabela 10**, verifica-se a presença de anormalidades dento faciais em 61,6% dos indivíduos pesquisados.

Tabela 10- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo a presença e grau da anormalidade dento facial (n=138), Araçatuba, 2019

Anormalidade dento facial	Número	Porcentagem
Ausência de anormalidade	53	38,4
Anormalidade leve	58	42
Anormalidade moderada ou severa	27	19,6
Total	138	100

Questionários P-CPQ e FIS

O universo amostral do estudo era composto por 118 pais/responsáveis pelas crianças e adolescentes. Destes, 79 (66,9%) dos pais ou responsáveis participaram da reunião mensal na associação, onde assistiram a uma palestra educativa sobre saúde bucal e responderam aos questionários P-CPQ e FIS.

A primeira questão do questionário P-CPQ referia-se sobre como o responsável classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxiliares e boca de seu filho, onde 51 (52,5%) 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 35 (44,9%) responderam “nem um pouco” ou “só um pouquinho”. **Tabelas 11 e 12**

Tabela 11- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2019

Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)?		
Resposta	n	%
Excelente	0	0
Muito boa	6	7,7
Boa	31	39,8
Regular	28	35,9
Ruim	13	16,6
Total	78	100

Tabela 12- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2019

Quanto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?		
Resposta	n	%
Nem um pouco	18	23,1
Só um pouquinho	17	21,8
Mais ou menos	36	46,1
Muito	6	7,7
Muitíssimo	1	1,3
Total	78	100

Na **tabela 13** observam-se as respostas referentes às subescalas do índice P-CPQ.

Tabela 13- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2019

Índice P-CPQ								
Subescalas	Sintomas Oraís		Limitações Funcionais		Bem-estar Emocional		Bem-estar Social	
Respostas	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca ou não sei	174	37,2	329	52,7	236	37,8	455	53
Uma ou duas vezes	83	17,7	99	15,9	81	12,9	132	15,4
Algumas vezes	151	32,3	126	20,2	198	31,8	170	19,8
Várias vezes	41	8,7	40	6,4	76	12,2	82	9,6
Quase todos os dias	19	4,1	30	4,8	33	5,3	19	2,2
Total	468	100	624	100	624	100	858	100

As questões que tiveram maior percepção dos pais ou responsáveis quanto ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos filhos em cada subescala é descrita na **tabela 14**.

Tabela 14- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2019

EVENTO						
SINTOMAS BUCAIS	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Teve alimentos presos nos dentes	65	83,3	13	16,7	78	100
Teve dor de dente, na boca ou maxilares	60	76,9	18	23,1	78	100
Teve mau hálito	59	75,6	19	24,4	78	100
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS						
Respirou pela boca	52	66,7	26	33,3	78	100
Teve dificuldade em comer ou beber algo quente/frio	48	61,5	30	38,5	78	100
Teve dificuldade em pronunciar algumas palavras	46	59	32	41	78	100
BEM-ESTAR EMOCIONAL						
Sentiu-se ansioso ou com medo	66	84,8	12	15,2	78	100
Sentiu-se irritado ou frustrado	61	78,5	17	21,5	78	100
Teve dificuldade para prestar atenção na escola	57	73,4	21	26,6	78	100
BEM-ESTAR SOCIAL						
Foi provocado ou apelidado por outras crianças	57	73,1	21	26,9	78	100
Agiu com timidez ou vergonha	56	71,8	22	28,2	78	100
Preocupou-se em não ser tão bonito quanto os colegas	40	51,3	38	48,7	78	100

Em relação ao questionário FIS pode-se observar na **tabela 15** as respostas de acordo com o impacto na rotina familiar em cada subescala.

Tabela 15- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2019

FIS								
Subescalas	Atividade dos pais/família		Emoções familiares		Conflito familiar		Encargos financeiros	
Respostas	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca ou não sei	117	30	139	44,6	127	40,7	41	52,6
Uma ou duas vezes	35	9	28	9	46	14,7	3	3,8
Algumas vezes	158	40,5	72	23,1	89	28,5	16	20,5
Várias vezes	75	19,2	62	19,9	43	13,9	14	17,9
Quase todos os dias	5	1,3	11	3,4	7	2,2	4	5,2
Total	390	100	312	100	312	100	78	100

Na **tabela 16** verifica-se a subescala do questionário FIS que apresentou maior impacto na rotina familiar.

Tabela 16- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2019

EVENTO						
ATIVIDADE DOS PAIS/FAMÍLIA	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Teve menos tempo para si mesmo ou para a família	64	82,1	14	17,9	78	100
Teve seu sono interrompido	62	79,5	16	20,5	78	100
Teve que pedir dispensa no trabalho	52	66,7	26	33,3	78	100
EMOÇÕES FAMILIARES						
Teve ciúmes de familiares	63	80,8	15	19,2	78	100
Preocupação de o filho ter menos oportunidades	38	48,7	40	51,3	78	100
O responsável sentiu-se desconfortável em lugares públicos	37	47,4	41	52,6	78	100
CONFLITO FAMILIAR						
Pediu mais atenção ao responsável	54	69,2	24	30,8	78	100
Discutiu com o responsável ou familiares	51	65,4	27	34,6	78	100
Causou discordância ou conflito na família	43	55,1	35	44,9	78	100
ENCARGOS FINANCEIROS						
Causou dificuldades financeiras na família	37	47,4	41	52,6	78	100

Houve associação estatística significativa entre os escores das subescalas “Emoções Familiares” (Análise de variância, p-valor = 0.0478), “Conflito familiar” (Kruskal Wallis, p-valor = 0.0099) e “Encargos Financeiros” (Kruskal Wallis, p-valor = 0.0494) segundo o grau de maloclusão.

5. DISCUSSÃO

A Associação Beneficente Batista João Arlindo, local onde foi desenvolvida a pesquisa, atende crianças e adolescentes de 6 a 14 anos em situação de vulnerabilidade que moram em bairros periféricos e com famílias de baixa renda, com o objetivo de proteger e defender os direitos da criança e adolescente. Por meio de programas, promove a sociabilidade, lazer e educação, fortalece vínculos comunitários e desenvolve habilidades e talentos; além de proporcionar a essa população o acesso a tratamentos odontológicos preventivos, educativos e curativos (Martins et al., 2017). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece como direitos fundamentais dessa população o acesso a saúde e educação (Brasil, 1990).

A avaliação de maior ou menor vulnerabilidade social pode ser realizada por meio de fatores, como: o acesso à saúde, educação e meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e possibilidade de tomar decisões políticas, enfrentar barreiras culturais e estar livre de coerções de todo tipo (Fonseca et al., 2013).

As principais vulnerabilidades que acometem as crianças e adolescentes no nosso país são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, o que faz desses indivíduos testemunha de agressões e de toda forma de violência. Já os riscos relacionados ao lugar que moram incluem a precariedade na infraestrutura do bairro, com a falta da disponibilidade de instituições de ensino, saúde e lazer. Além disso, ocorrem problemas nas relações de vizinhança, devido à proximidade de pontos de venda de drogas ilícitas, trabalho e prostituição infantil, abuso por parte de pessoas do próprio convívio familiar e gravidez precoce (Sierra e Mesquita, 2006).

Nesse contexto, é importante o papel da figura paterna no desenvolvimento infantil e adolescente. A interação entre pai e filho é um dos fatores decisivos no desenvolvimento cognitivo e social, pois facilita a capacidade de aprendizagem e a interação da criança na comunidade (Benczik, 2011; Damiani e Colossi, 2015).

Na presente pesquisa, verificou-se que em grande número de casos o pai não estava presente no núcleo familiar. Essa ausência paterna possui o potencial de gerar conflitos no desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança e influenciar no estabelecimento de transtornos de comportamento, que se apresenta na pré-escola

e pode se manter ao longo da vida escolar, revelando comportamentos problema; como baixo desempenho escolar, ausência nas aulas, envolvimento com drogas, instabilidade emocional, ansiedade e depressão (Damiani e Colossi, 2015).

No Brasil, o quadro de pobreza e miséria constitui permanente preocupação, o que obriga a reflexão sobre a necessidade de atuação junto às famílias por meio de políticas públicas ainda mais expressivas (Gomes e Pereira, 2005). Nesse sentido, pode-se destacar o Programa Bolsa Família (PBF) que beneficia não apenas crianças e adolescentes, mas também famílias carentes e vulneráveis, contribuindo para a conquista da cidadania e qualidade de vida (Fonseca et al., 2013). Verificou-se que a maioria das famílias pesquisadas recebia algum tipo de auxílio, como Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O Estado deve assegurar condições para a efetiva participação da família no desenvolvimento dos filhos. Entretanto, os investimentos públicos na área social estão vinculados ao desempenho da economia (Gomes e Pereira, 2005).

No presente trabalho, observou-se que a renda familiar total, ou seja, das famílias que participavam de programas de transferência de renda, na maioria dos casos era entre 1 e 2 salários mínimos, revelando a enorme desigualdade na distribuição de renda da população brasileira. O Brasil, apesar de ser considerado uma das principais economias mundiais, mostra-se como um país que tem pobreza, pois apesar de haver um volume considerável de riquezas, elas encontram-se mal distribuídas (Gomes e Pereira, 2005).

O baixo nível de renda das famílias verificada na presente pesquisa pode estar relacionado com a baixa escolaridade; tanto dos pais, quanto das mães das crianças, apesar das mães apresentarem maior nível de escolaridade que os pais. Segundo mostra o trabalho de Barros, 2017, as mulheres que trabalham no setor público ou privado têm mais anos de estudo, mas apresentam menor remuneração.

Observou-se que alta porcentagem de crianças e adolescentes apresentavam dentes atacados pela cárie e anormalidades dento-faciais. O pouco acesso a informações e serviços de saúde e a baixa renda, que faz com que a população não coloque a saúde bucal como prioridade, aumenta os índices de cárie dentária entre os pais e filhos (Minayo et al., 2000).

A deficiência na higienização bucal ocorre devido à desinformação, deficiência motora, falta de orientação ou ausência de instrumental adequado (Petry e Pretto, 2003). A maioria das crianças avaliadas possuía o nível de higienização na

faixa “regular” ou “bom”, o que nos permite avaliar que houve uma melhora ao longo do desenvolvimento do projeto (Martins et al., 2017; Martins et al., 2018). A alta porcentagem que ainda persiste de crianças com nível regular de higienização, pode ser devido à falta de material adequado (escova dental, dentífrico e fio dental), ou mesmo pelo compartilhamento de escovas no domicílio do indivíduo. Outra explicação é a entrada anual de crianças encaminhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social do município.

No Brasil, a cárie dentária persiste como a doença de maior relevância na população, apesar do declínio observado nos índices nos estados e municípios (Guidetti, 2013). Há alta porcentagem de dentes atacados pela cárie nos brasileiros, onde o componente cariado mostra-se como o principal componente do índice (Brasil, 2012). Esse achado concorda com os resultados do presente estudo, que também mostrou baixa porcentagem de crianças livres de cárie entre os pesquisados.

O declínio da cárie no país tem permitido a constatação do fenômeno da polarização da doença, que consiste na sua distribuição não uniforme e concentração nos grupos de situação socioeconômica mais baixa. Este fenômeno também é caracterizado pelo aumento do percentual de crianças livres de cárie (Martins et al., 2006; Narvai et al., 2006; Oliveira et al., 2013).

Estudos mostram que a população brasileira apresenta alta porcentagem de anormalidades dento-faciais (Bittencourt e Machado, 2010; Brasil, 2012), o que corrobora o achado desta pesquisa onde a maior parte das crianças e adolescentes apresentavam algum tipo de alteração oclusal. Salienta-se a carência de políticas públicas que assegurem o acesso das populações menos favorecidas socioeconomicamente aos tratamentos preventivos e corretivos mais complexos dessa patologia, além da falta de informação da família (Bittencourt e Machado, 2010).

Em relação ao questionário PCP-Q, alto percentual de responsáveis pelas crianças responderam que o bem-estar do filho era afetado “nem um pouco” ou “só um pouquinho” pela condição bucal, o que demonstra pequena percepção sobre a importância da saúde bucal para a qualidade de vida da criança e concorda com outros estudos (Abanto et al., 2012; Belila et al., 2016; Martins et al., 2018). Analisando as subescalas, pode-se avaliar que os Sintomas Orais são as causas

mais observadas que prejudicaram a criança, o que corrobora os achados de outras pesquisas (Abanto et al., 2012; Belila et al., 2016; Martins et al., 2018). Observou-se que principal motivo que leva os pais a procurarem o atendimento odontológico para seus filhos é a presença de alimentos presos nos dentes, seguido da ocorrência da dor, considerada como o principal motivo que leva os pais a procurarem atendimento odontológico para seus filhos (Silveira et al., 2014).

Em relação ao questionário FIS, a subescala que acarretou maior impacto na rotina familiar foi a “Atividade dos pais/família”, concordando com outro estudo (Martins et al., 2018). Na maioria dos casos, os pais tiveram o sono interrompido, ou menos tempo para si mesmo e para a família, ou já precisaram pedir dispensa do trabalho para cuidar da saúde oral de seus filhos (Anderson et al., 2004). Outros autores relataram a diminuição da qualidade de vida dos responsáveis pelas crianças devido às preocupações com a tarefa de cuidar da saúde bucal e prevenir a cárie nos filhos portadores de doenças cerebrais (Biazevic et al., 2008).

6. CONCLUSÃO

Os participantes do projeto social integram famílias de baixo nível socioeconômico, e estão inseridos em um ambiente que pode dificultar a prevenção de doenças. Apresentam deficiência na higienização e alta prevalência de cárie dentária e maloclusão. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é baixa, sendo que as subescalas mais lembradas foram “bem estar emocional” e “sintomas bucais”. Além disso, as doenças bucais apresentam grande impacto na rotina familiar, em especial nas atividades dos pais/família.

REFERÊNCIAS

- ABANTO J, CARVALHO TS, BONECKER M, ORTEGA AOL, CIAMPONI AL, RAGGIO DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. **BMC Oral Health**. 2012; 12(15):1-8.
- 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.
- BARBOSA TD, GAVIÃO MB. Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: agreement between parental and child reports. **J Public Health Dent**. 2012; 75(4):255-264.
- BARROS DS. Escolaridade e distribuição de renda entre os empregados na economia brasileira: uma análise comparativa dos setores público e privado dos anos 2001 e 2013. **Rev Econ Contemp**. 2017; e172135.
- BASTING RT, PEREIRA AC, MENEGHIM MC. Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público. **Rev Odontol Univ São Paulo**. 1997;11(4):287-292.
- BELILA NM, MARTINS RJ, GARBIN CAS, BORGHI WMMC. Socioeconomic level and the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life. **Braz J Oral Sci**. 2016; 15(2):171-175.
- BENCZIK EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Rev Psicopedag**. 2011; 28(85):67-75.
- 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.
- BITTENCOURT MAV, MACHADO AW. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. **Dental Press J Orthod**. 2010; 15(6):113-22.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CASTILHO AR, MIALHE FL, BARBOSA TS, PUPPIN-RONTANI RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J Pediatr.** 2013; 89(2):116-123.

COHEN-CARNEIRO F, SOUZA-SANTOS R, REBELO MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cienc Saude Colet.** 2011; 16(Suppl1):1007-1015.

DAMIANI CC, COLOSSI PM. A ausência física e afetiva do pai na percepção dos filhos adultos. **Pensando fam.** 2015; 19(2):86-101.

EDELSTEIN BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. **Ambul Pediatr.** 2002; 2(2):141-147.

FONSECA FF, SENA RKR, SANTOS RLA, DIAS OV, COSTA SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr.** 2013; 31(2):258-264.

FREIRE MCM, REIS SCGB, GONÇALVES MM, BALBO PL, LELES CR. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** 2010; 28(2):86–91.

GARBIN AJÍ, PERIN PCP, GARBIN CAS, LOLLI LF. Prevalência de oclusopatias e comparação entre a Classificação de Angle e o Índice de Estética Dentária em escolares do interior do Estado de São Paulo- Brasil. **Dental Press J Orthod.** 2010;15(4):94-102.

GOMES MA, PEREIRA MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2005; 10(2):357-363.

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.

GREENE JC, VERMILLION JR. Simplified oral hygiene index. **J Am Dent Assoc.** 1964; 68(1):7-13.

GUIDETTI, E.; ALMEIDA, M. M. Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas: levantamento de necessidades. **Rev. ABENO,** Brasília, v. 13, n. 2, p. 69-75, 2013

JOKOVIC A, LOCKER D, STEPHENS M, KENNY D, TOMPSON B, GUYATT G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. **J Public Health Dent.** 2003; 63(2):67-72.

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(7):459-463.

LOCKER D, JOKOVIC A, STEPHENS M, KENNY D, TOMPSON B, GUYATT G. Family impact of child oral and orofacial conditions. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2002; 30:438-448.

MARTINS RJ, BELILA NM, BARRETO GG, GARBIN CAS, GARBIN AJÍ. Doenças bucais e qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo. **Rev Ciênc Ext.** 2018; 14(4):113-125.

MARTINS RJ, BELILA NM, GARBIN CAS, GARBIN AJÍ, CARRERA C. Projeto de extensão da Associação “João Arlindo”: avanços e conquistas. **Rev Ciênc Ext.** 2017; 13(2):34-43.

MARTINS RJ, GARBIN CAS, GARBIN AJÍ, 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. **Cad. Saúde Pública.** 2006; 22(5):1035-1041.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva. 2000, vol.5, n.1, pp.7-18. ISSN 1413-8123.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Ed. Santos, 2000. p. 341-351.

NARVAI PC, FRAZÃO P, CASTELLANOS RA. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade.** 1999; 1:25-9.

NARVAI PC, FRAZÃO P, RONCALLI AG, ANTUNES JIF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica.** 2006, 19(6):385-393.

OLIVEIRA LJC, CORREA MB, NASCIMENTO JJ, GOETTEMES ML, TARQUÍNIO SBC, TORRIANI DD, et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev Saúde Pública.** 2013; 47(6):1039-1047.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal.** 4ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal:** manual de instrução. 3ª ed. São Paulo: Santos, 1991.

PANDOLFI M, BARCELLOS LA, MIOTTO MHMB, GOÉS PSA. Oral health and dental services users' quality of life. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 2011; 11(3):311-316.

PAREDES SO, GALVÃO RN, FONSECA FRA. Influence of oral health on the life quality of preschool children. **Rev Baiana Saúde Pública.** 2014; 38(1):125-139.

PASTANA GS, COSTA SM, CHIAPPETTA AL. Análise da mastigação em indivíduos que apresentam mordida cruzada unilateral na faixa-etária de 07 a 12 anos. **Rev CEFAC.** 2007; 9(3):339-350.

PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Program. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2003; 31(Suppl 1):3-23.

PETRY PC, PRETTO SM. **Educação e motivação em saúde bucal.** In: ABOPREV. KRIGER L. (org). Promoção de Saúde Bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PINTO VG. **Saúde bucal coletiva.** 6. ed. São Paulo: Santos, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. **Caderno de instruções do levantamento das condições de saúde bucal:** Estado de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1998.

SIERRA VM, MESQUITA WA. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **Sao Paulo Perspec.** 2006; 20(1):148-155.

SILVEIRA MF, MARÔCO JP, FREIRE RS, MARTINS AMEBL, MARCOPITO LF. Impact Socioeconomic level and the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. **Cad Saúde Pública.** 2014; 30(6):1169-1182.

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.** 2013a; 31:239-243.

SOARES FF, CHAVES SCL, CANGUSSU MCT. Desigualdade na utilização de services de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev Panam Salud Publica.** 2013b; 34(6):401-406.

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.