



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

ANA CLARA DE JESUS TORRES DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE ANORMALIDADES DENTOFACIAIS E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES E DE SEUS RESPONSÁVEIS EM UMA
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE**

Araçatuba - SP
2026



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba

ANA CLARA DE JESUS TORRES DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE ANORMALIDADES DENTOFACIAIS E
IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES E DE SEUS RESPONSÁVEIS EM UMA
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Odontologia de Araçatuba, para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ronald Jefferson Martins

Araçatuba - SP
2026

*Dedico este trabalho à minha avó
Maria de Nazaré, que tornou meus sonhos também os seus e que, por 22 anos da
minha vida, acreditou no meu potencial, inteligência e bondade. Por ter me dado
meu nome, Ana Clara, meu ponto de partida, que carrega os traços de quem eu era
com ela aqui e de quem sigo sendo, mesmo quando é dito por outros que não
guardam o carinho que havia na sua forma de me chamar, uma marca de afeto que
guardo como ponte eterna entre nós.*

AGRADECIMENTOS

“Educação é acender uma chama, não encher um vaso.” — Sócrates.

Guiada por essas palavras, agradeço ao Prof. Dr. Ronald Jefferson Martins, cuja orientação fez muito mais do que transmitir conhecimentos: despertou em mim a curiosidade, o pensamento crítico e a vontade de ir além. Sua forma de ensinar instiga perguntas, promove o diálogo e cultiva autonomia, acendeu em mim essa chama que transforma aprendizado em paixão. Sou profundamente grata por ter sido guiada por alguém que inspira a pensar, e não apenas a aprender, e por todas as oportunidades que me permitiram crescer academicamente, aprofundar-me no que amo: aprender, pesquisar e divulgar conhecimento, e encontrar propósito no caminho que escolhi trilhar.

Agradeço à Professora Dra. Maria Cristina Rosifini Alves Rezende, pelas orientações generosas, pelo acompanhamento sempre carinhoso e pelos incentivos que iluminaram minha trajetória ao longo da graduação. Sou igualmente grata por aceitar integrar a banca examinadora deste trabalho e, sobretudo, por sua presença inspiradora.

Ao Professor Ass. Dr. Fernando Yamamoto Chiba, agradeço pela gentileza em compor a banca examinadora e pelas contribuições que ampliam nosso olhar acadêmico. Sua postura ética, rigor acadêmico e compromisso com o ensino enriquecem nossa formação e constituem um exemplo para todos nós.

Agradeço à mestrandia Carolina Enemoto e a todos os meus companheiros de projeto pelo empenho, apoio, dedicação e contribuição indispensável ao desenvolvimento deste trabalho, tornando a experiência mais leve e significativa.

À Associação Beneficente Amar e Cuidar, representada por toda a sua equipe de funcionários, que, por meio de seu apoio e colaboração com nossos estudos, me proporcionou vivenciar todos esses anos de projeto. Agradeço também às crianças atendidas pela instituição, que me acolheram com tanto afeto todas as semanas e de quem sempre saí mais enriquecida, tanto em conhecimento quanto em sensibilidade. Com elas aprendi tanto quanto, ou até mais, do que lhes ensinei, observando diariamente sua resiliência, bondade e alegria, que permanecerão comigo.

Agradeço à minha avó Nazaré por ter me levado às aulas de reforço escolar, por ter ouvido com carinho meu sonho de aprender inglês aos 9 anos, por insistir na minha educação, e por sempre me incentivar a sonhar grande, ser forte e independente, desejando que eu tivesse a segurança de construir minha própria história, confiando nas minhas escolhas e na minha capacidade de vencer. E, sobretudo, por me mostrar, ao voltar à escola para concluir seus estudos enquanto eu ainda era pequena, que nunca é tarde para aprender, e que a educação transforma vidas.

À minha família, minha mãe Paula, meu padrasto Alexandre e meu irmão Murillo, que sustentaram meu sonho mesmo quando a distância parecia grande demais. O amor deles preencheu os espaços, fortaleceu meus passos e manteve viva a certeza de que eu sempre teria um lar que me ampara. Em especial ao meu padrasto, por ter me escolhido como filha e por me permitir viver diariamente a experiência de um amor que se constroi no cuidado, na presença e no apoio constante.

A todos os meus familiares que me acompanham à distância, desde o Maranhão até um bairro distante de São Paulo, e que celebram cada uma das minhas conquistas com ternura e carinho.

Ao Pedro Calipo, agradeço por tudo, porquê cada riso foi compartilhado, porquê cada

instante silencioso bastava sua presença, porquê soube dos meus sonhos antes mesmo de eu percebê-los como meus, por todos os porquês que não cabem em linhas, mesmo depois de tantos anos, por ser você, *miss u to the moon and back*.

À minha companheira de vida, Maria Alice, que apareceu no lugar certo e na hora certa, agradeço por compreender minhas loucuras e sonhar junto comigo, e por cada momento que me faz sentir em casa. Obrigado por tornar minha vida mais leve, mais feliz e cheia de sentido.

Agradeço minhas amigas, Carla, Ana Lívia, Thainara, Gessle, Izabela e Jackeline, que fizeram uma cidade distante, nova, desconhecida, se transformar no local onde pude ter uma segunda família, me acolhendo com risos, apoio e companheirismo, tornando cada desafio mais leve. Cada uma foi essencial para cada etapa, conquista e superação de obstáculos.

Aos meus amigos de Araçatuba, que levarei para a vida, deixo aqui minha eterna gratidão. Em especial ao Lucas, ao Junior, à Ana Cláudia e a todos os outros que fizeram parte dessa caminhada. Obrigado por cada palavra de incentivo, por cada risada nos momentos difíceis, pelo apoio sincero e pela amizade verdadeira.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, por me proporcionar um ambiente acadêmico de excelência, com professores inspiradores e referências científicas de renome, que me ensinaram a valorizar o conhecimento científico comprovado. Cada aprendizado aqui contribuiu para meu crescimento acadêmico e me formou como uma profissional capaz de atuar com rigor, fundamentando suas decisões na ciência e na prática baseada em evidências.

Agradeço especialmente a cada professor que cruzou meu caminho, por compartilhar seu conhecimento, entusiasmo e dedicação, assim como aos funcionários acadêmicos que me apoiaram e tornaram minha trajetória mais organizada e enriquecedora, tornando minha formação ainda mais significativa. Registro, em especial, meu agradecimento aos funcionários do STAEPE, que sempre me auxiliaram de pronta mão na organização dos eventos que realizei.

*“Em algum lugar, algo incrível
está esperando para ser
descoberto”*

Carl Sagan

RESUMO

Silva ACJT. **Prevalência de anormalidades dentofaciais e impacto na qualidade de vida de crianças e adolescentes e de seus responsáveis em uma associação beneficente.** 2026. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2026.

Os indivíduos com anormalidades dentofaciais podem apresentar um declínio na qualidade de vida e impacto negativo sobre as atividades diárias, além de haver evidências que crianças com má oclusão aparente sofrem julgamentos negativos perante a sociedade e, conseqüentemente, mostram-se menos satisfeitas com a sua aparência. Baseado no exposto, objetivou-se verificar as características socioeconômicas das famílias e a presença de anormalidades dentofaciais nas crianças e adolescentes integrantes de um projeto social. Também analisar o impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança e da família. Analisou-se a Ficha Cadastral do Aluno da Secretaria Municipal de Educação e a Ficha de Cadastro das Famílias do Projeto Caminhar, com características sociodemográficas do aluno e da família. Utilizou-se o Índice de Maloclusão nas crianças de até 10 anos. Nesse índice os indivíduos são classificados em relação à maloclusão como "normal" (sem alterações), "leve" (pequenas alterações) ou "moderada/severa" (alterações inaceitáveis na função mastigatória, aparência facial, ou problemas fonéticos). Nas crianças de 11 anos ou mais foi utilizado o Índice de Estética Dental (Dental Aesthetic Index - DAI), que avalia 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, 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 são lançados em uma equação de regressão. O DAI fornece quatro possibilidades de desfecho: ausência de anormalidade ou maloclusões leves, cujo tratamento ortodôntico é desnecessário ($DAI \leq 25$); maloclusão definida, cujo tratamento é eletivo ($DAI = 26-30$); maloclusão severa, cujo tratamento é altamente desejável ($DAI = 31-35$) - maloclusão muito severa ou incapacitante, cujo tratamento é fundamental ($DAI \geq 36$). Aplicou-se junto aos pais ou responsáveis a versão brasileira do questionário "Early Childhood Oral Health Impact Scale" (B-ECOHIS). É constituído por 13 questões, sendo que desses itens nove avaliam os problemas bucais sobre a criança (Subescala da Criança) e quatro avaliam o impacto sobre a sua família (Subescala da Família). A subescala da criança apresenta diferentes domínios: sintomas (1 item); função (4 itens); psicológico (2 itens) e autoimagem e

interação social (2 itens). Já a subescala da família apresenta dois domínios: angústia dos pais (2 itens) e função familiar (2 itens). Para cada item é atribuída uma resposta pontuada: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; 5 = não sei). Os escores do B-ECOHIS são obtidos por meio da soma simples das respostas nas subescalas da criança e dos pais, separadamente. Dessa maneira, a pontuação para a subescala da criança e da família pode variar de 0 a 36 e de 0 a 16, respectivamente. O núcleo familiar era composto pela mãe e pelo pai em 40,9% dos casos. A mãe (68,2%) e o pai (36,4%) possuíam escolaridade até o ensino médio, a renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos (43,9%) e 46,9% recebiam algum tipo de auxílio do governo, na maioria bolsa família. 67 (59,8%) crianças e adolescentes apresentavam anormalidades dentofaciais em diferentes graus. A saúde bucal influenciou na qualidade de vida tanto das crianças, quanto dos pais; em especial nos domínios “Sintomas” e “Angústia dos pais”, respectivamente. Conclui-se que os participantes do projeto social integram famílias de baixo nível socioeconômico e, em muitos casos, sem a presença do pai no núcleo familiar. A prevalência de maloclusões na população é alta e a saúde bucal das crianças apresentam impacto na qualidade de vida e na rotina familiar.

Palavras-chave: Criança. Saúde Bucal. Má Oclusão. Qualidade de Vida

ABSTRACT

Silva ACJT. **Prevalence of dentofacial abnormalities and impact on the quality of life of children and adolescents and their caregivers in a charitable association.** 2026.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2026.

Individuals with dentofacial abnormalities may experience a decline in quality of life and a negative impact on daily activities. In addition, there is evidence that children with apparent malocclusion are subject to negative judgments by society and, consequently, are less satisfied with their appearance. Based on this, the aim of the present study was to assess the socioeconomic characteristics of families and the presence of dentofacial abnormalities among children and adolescents participating in a social project, as well as to analyze the impact of oral diseases on the quality of life of the child and the family. The Student Registration Form from the Municipal Department of Education and the Family Registration Form from the Caminhar Project were analyzed, containing sociodemographic characteristics of the students and their families. The Malocclusion Index was used for children up to 10 years of age. In this index, individuals are classified in relation to malocclusion as “normal” (no alterations), “mild” (minor alterations), or “moderate/severe” (unacceptable alterations in masticatory function, facial appearance, or phonetic problems). For children aged 11 years or older, the Dental Aesthetic Index (DAI) was used, which evaluates information related to three groups of conditions: dentition, expressed by the number of missing permanent incisors, canines, and premolars that cause aesthetic problems; space, assessed based on the presence of crowding or spacing in the incisal segment, presence of diastema, anterior maxillary and mandibular misalignment; and occlusion, based on measurements of anterior maxillary and mandibular overjet, anterior vertical open bite, and anteroposterior molar relationship. The values obtained are entered into a regression equation. The DAI provides four possible outcomes: no abnormality or mild malocclusion, for which orthodontic treatment is unnecessary ($DAI \leq 25$); defined malocclusion, for which treatment is elective ($DAI = 26-30$); severe malocclusion, for which treatment is highly desirable ($DAI = 31-35$); and very severe or disabling malocclusion, for which treatment is essential ($DAI \geq 36$). The Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) questionnaire was administered to parents or guardians. It consists of 13 questions, of which nine assess the impact of oral problems on the child (Child Subscale) and four assess the impact on the family (Family Subscale). The child subscale includes different domains: symptoms (1 item), function (4 items), psychological aspects (2 items), and self-image and social interaction (2 items). The family subscale includes two domains: parental distress (2 items) and family function (2 items). For each item, a scored response is assigned: 0 = never; 1 = hardly ever; 2 = sometimes; 3 = often; 4 = very often; 5 = do not know. B-ECOHIS scores are obtained by the simple sum of responses in the child and family subscales, separately. Thus, the score for the child and family subscales can range from 0 to 36 and from 0 to 16, respectively. The family nucleus consisted of both mother and father in 40.9% of cases. Mothers (68.2%) and fathers (36.4%) had education up to high school level; family income was between one and two minimum wages (43.9%); and 46.9% received some type of government assistance, mostly Bolsa Família. A total of 29 (55.8%) children and adolescents presented dentofacial abnormalities at different degrees. Oral health influenced the quality of life of both children and parents, especially in the “Symptoms” and “Parental distress” domains, respectively. It can be concluded that the participants of the social project come from low socioeconomic families and, in many cases, lack the presence of the father in the household. The prevalence of malocclusions in the population is high, and children’s oral health impacts their quality of life and family routine.

Keywords: Child. Oral Health. Malocclusion. Quality of Life.

Silva ACJT. **Prevalencia de anomalías dentofaciales e impacto en la calidad de vida de niños, adolescentes y sus cuidadores en una asociación benéfica.** 2026. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2026.

RESUMEN

Las personas con anomalías dentofaciales pueden experimentar una disminución en la calidad de vida y un impacto negativo en las actividades diarias. Además, existe evidencia de que los niños con maloclusión aparente son objeto de juicios negativos por parte de la sociedad y, en consecuencia, se muestran menos satisfechos con su apariencia. Con base en lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue evaluar las características socioeconómicas de las familias y la presencia de anomalías dentofaciales en niños y adolescentes integrantes de un proyecto social, así como analizar el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida del niño y de la familia. Se analizaron la Ficha de Registro del Alumno de la Secretaría Municipal de Educación y la Ficha de Registro de las Familias del Proyecto Caminhar, que contenían características sociodemográficas del alumno y de la familia. Para los niños de hasta 10 años se utilizó el Índice de Maloclusión. En este índice, los individuos se clasifican en relación con la maloclusión como “normal” (sin alteraciones), “leve” (alteraciones pequeñas) o “moderada/severa” (alteraciones inaceptables en la función masticatoria, la apariencia facial o problemas fonéticos). En los niños de 11 años o más se utilizó el Índice de Estética Dental (Dental Aesthetic Index – DAI), que evalúa información relativa a tres grupos de condiciones: dentición, expresada por el número de incisivos, caninos y premolares permanentes perdidos que causan problemas estéticos; espacio, evaluado con base en la presencia de apiñamiento o espaciamiento en el segmento incisal, presencia de diastema y desalineación maxilar y mandibular anterior; y oclusión, basada en las mediciones del overjet maxilar y mandibular anterior, de la mordida abierta vertical anterior y de la relación molar anteroposterior. Los valores obtenidos se introducen en una ecuación de regresión. El DAI proporciona cuatro posibles desenlaces: ausencia de anomalía o maloclusiones leves, para las cuales el tratamiento ortodóncico es innecesario ($DAI \leq 25$); maloclusión definida, cuyo tratamiento es electivo ($DAI = 26-30$); maloclusión severa, cuyo tratamiento es altamente deseable ($DAI = 31-35$); y maloclusión muy severa o incapacitante, cuyo tratamiento es fundamental ($DAI \geq 36$). La versión brasileña del cuestionario Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS) fue aplicada a los padres o responsables. Consta de 13 preguntas, de las cuales nueve evalúan el impacto de los problemas bucales en el niño (Subescala del Niño) y cuatro evalúan el impacto en la familia (Subescala de la Familia). La subescala del niño presenta diferentes dominios: síntomas (1 ítem), función (4 ítems), psicológico (2 ítems) y autoimagen e interacción social (2 ítems). La subescala de la familia presenta dos dominios: angustia de los padres (2 ítems) y función familiar (2 ítems). Para cada ítem se asigna una respuesta puntuable: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = con mucha frecuencia; 5 = no sé. Los puntajes del B-ECOHIS se obtienen mediante la suma simple de las respuestas en las subescalas del niño y de la familia, por separado. De esta manera, la puntuación de las subescalas del niño y de la familia puede variar de 0 a 36 y de 0 a 16, respectivamente. El núcleo familiar estaba compuesto por madre y padre en el 40,9% de los casos. Las madres (68,2%) y los padres (36,4%) tenían escolaridad hasta la educación secundaria; el ingreso familiar era de entre uno y dos salarios mínimos (43,9%); y el 46,9% recibía algún tipo de ayuda gubernamental, en su mayoría Bolsa Familia. Un total de 29 (55,8%) niños y adolescentes

presentaron anomalías dentofaciales en diferentes grados. La salud bucal influyó en la calidad de vida tanto de los niños como de los padres, especialmente en los dominios de “Síntomas” y “Angustia de los padres”, respectiva Se concluye que los participantes del proyecto social provienen de familias de bajo nivel socioeconómico y, en muchos casos, sin la presencia del padre en el núcleo familiar. La prevalencia de maloclusiones en la población es alta y la salud bucal de los niños tiene un impacto en su calidad de vida y en la rutina familiar.

Palabras clave: Niño. Maloclusión. Calidad de Vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Percentual de famílias segundo a composição familiar, Araçatuba, 2025.	22
Figura 2.	Percentual de famílias que recebiam benefícios sociais na Escola Infantil Amar e Cuidar e no Projeto Caminhar, Araçatuba, 2025	23
Figura 3.	Percentual das famílias participantes do Projeto Caminhar, segundo a renda familiar, Araçatuba, 2025	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Número e porcentagem das crianças segundo a presença e grau de anormalidade dentofacial (n=48), Araçatuba, 2025	24
Tabela 2.	Número e porcentagem das crianças de 6 a 9 anos segundo a presença e grau da anormalidade dentofacial (n=43), Araçatuba, 2025	24
Tabela 3.	Número e porcentagem das crianças de 10 a 15 anos segundo a presença e grau da anormalidade dentofacial (n=21), Araçatuba, 2025	25
Tabela 4.	Distribuição numérica e percentual das respostas de cada componente das subescalas do Índice B-ECOHIS (n=82), Araçatuba, 2025	25
Tabela 5.	Distribuição numérica e percentual segundo a percepção dos pais, do impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança (n=82), Araçatuba, 2025	26
Tabela 6.	Distribuição numérica e percentual segundo a percepção dos pais, do impacto das doenças bucais na família (n=82), Araçatuba, 2025	27

LISTA DE ABREVIATURAS

ABAC	Associação Beneficente Amor e Cuidado
B-ECOHIS	Índice de qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças na idade pré-escolar
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DAI	Índice de Estética Dental
ECOHIS	Escala de Impacto na Saúde Bucal na Primeira Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESP	Universidade Estadual Paulista

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO	18
3. MATERIAIS E MÉTODOS	19
4. RESULTADOS	22
4.1 Características Sociodemográficas e socioeconômicas	22
4.1.1 Perfil Sociodemográfico	22
4.1.2 Perfil Socioeconômico: Escola Infantil Amar e Cuidar x Projeto Caminhar	22
4.2 Distribuição e característica das maloclusões	24
4.2.1 Crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos) da Escola Amar e Cuidar	24
4.2.2 Crianças e adolescentes (6 a 15 anos) do Projeto Caminhar	24
4.3 Pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes da associação	25
4.3.1 Questionário B-ECOHis	25
5. DISCUSSÃO	28
6. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Hodiernamente, no Brasil, aprofunda-se de forma alarmante a concentração de riqueza, expressa no aumento tanto do Índice de Gini da renda domiciliar, quanto da renda individual (Brasil, 2023). Esse processo revela as desigualdades estruturais, resultando na permanência de cerca de 32 milhões de crianças e adolescentes em situação de privação, em múltiplas dimensões. A chamada pobreza multidimensional evidencia a insuficiência das políticas públicas, especialmente nas dimensões de “saneamento”, marcada pela ausência de acesso a banheiro de uso exclusivo, ou a sistemas adequados de esgotamento sanitário; e de “renda”, caracterizada por rendimentos inferiores às linhas de pobreza e extrema pobreza. Essas privações não se distribuem de maneira aleatória, mas seguem padrões históricos de desigualdade, atingindo de forma desproporcional negros e indígenas, no critério raça/etnia, e a população residente nas regiões Norte e Nordeste, no critério de região de moradia, conforme aponta o UNICEF (UNICEF, 2023).

Dessa forma, uma parcela significativa da população brasileira permanece em situação de vulnerabilidade social, sem acesso às políticas públicas implementadas pelo primeiro, ou pelo segundo setor, as quais deveriam assegurar o atendimento às necessidades básicas; como: saneamento, alimentação, moradia, renda, educação e saúde; condições indispensáveis para uma vida digna. Diante da ausência dessas políticas, a população passa a depender de organizações sem fins lucrativos, como entidades, instituições e associações do terceiro setor, transferindo a responsabilidade do Estado para iniciativas filantrópicas, que desempenham um papel relevante na mitigação das desigualdades e na melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto, a universidade pública por meio da extensão, que é um dos pilares da tríade universitária, assume papel estratégico ao desenvolver ações e serviços assistenciais em articulação com o terceiro setor, contribuindo para o enfrentamento das iniquidades em saúde (Martins et al., 2019; Martins et al., 2022; Silva et al., 2024).

O elevado nível de desigualdade social presente no país restringe de maneira estruturada o acesso das camadas socialmente mais desfavorecidas a bens materiais, serviços essenciais e programas de saúde. Nesse cenário, a saúde bucal é frequentemente relegada a segundo plano por parte considerável da população brasileira, uma vez que necessidades mais imediatas como alimentação, moradia e renda, prevalecem como prioridades prementes. Como consequência, a qualidade de vida da população é prejudicada (Martins et al., 2022; Silva et al., 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, considerando o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais está inserido, bem como seus objetivos, expectativas e preocupações (WHO, 1995). A definição extrapola a ausência de doenças e incorpora fatores físicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, as condições bucais e dentárias assumem papel relevante, uma vez que impactam diretamente funções essenciais como: alimentação, comunicação e interação social, reforçando o papel central da saúde bucal na determinação da qualidade de vida (Li et al., 2025).

A insuficiência de ações educativas e preventivas em saúde bucal expõe famílias inteiras a maior vulnerabilidade frente às doenças bucais, sendo as maloclusões a terceira condição mais prevalente, superada apenas pela cárie dentária e pela doença periodontal (Meer et al., 2016; Martins et al., 2019). De etiologia multifatorial, resulta da interação entre fatores genéticos e hereditários, como as discrepâncias ósseas maxilo-mandibulares, e fatores ambientais e sociais, a exemplo das perdas dentárias precoces, da respiração bucal e dos hábitos de sucção. Esses determinantes não atuam de forma isolada, mas são frequentemente potencializados por condições de vulnerabilidade social e pela ausência de acompanhamento preventivo em saúde bucal, evidenciando o caráter socialmente condicionado do desenvolvimento das maloclusões (Meer et al., 2016).

As anormalidades dentofaciais, além de afetarem a mastigação, fonética e respiração, apresentam impacto significativo na saúde geral do indivíduo; o que inclui a saúde mental, o aspecto estético e o bem-estar psicossocial; com efeitos que podem se estender ao longo da vida (Dimberg et al., 2021). Apesar da importância de uma oclusão funcional para o bem-estar e qualidade de vida, o acesso a tratamentos ortodônticos no Sistema Único de Saúde (SUS) é irregular e insuficiente, havendo grande heterogeneidade regional na prestação desses serviços e desigualdades de acesso entre diferentes populações, o que contrasta com os princípios da universalidade e integralidade do SUS, devido a ortodontia não estar incluída na lista de especialidades dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). Como consequência, o acesso a esse serviço pela população vai depender da capacidade econômica do indivíduo ou da disponibilidade local de recursos e profissionais (Silva et al., 2024).

3 OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi verificar as características socioeconômicas das famílias e a presença de anormalidades dentofaciais nas crianças e adolescentes integrantes de um projeto social. Também analisar o impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança e da família

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (número de processo CAAE: 02360718.8.0000.5420), de acordo com os padrões exigidos pela Resolução 466/12. Trata-se de uma pesquisa transversal, de investigação documental, descritiva, com abordagem quantitativa, realizada na Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC) do município de Araçatuba-SP.

Na associação são atendidas crianças em idade pré-escolar de 2 a 4 anos (maternal 1 e 2), encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação e que integram a “Escola Infantil Amar e Cuidar”. Também crianças de 6 a 15 anos em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, encaminhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e que participam do “Projeto Caminhar”. Ainda, todas as crianças e adolescentes da ABAC integram 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”, desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

Participaram do estudo as crianças e adolescentes que assinaram o Termo de Assentimento e cujos pais/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu no consultório odontológico da Associação e nas reuniões mensais com os responsáveis pelas crianças da Escola e do Projeto. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e novembro de 2025. Os instrumentos utilizados foram:

Crianças em idade pré-escolar (2, 3 e 4 anos)

1) Ficha Cadastral do Aluno da Secretaria Municipal de Educação: apresentavam dados do aluno (sexo, raça/cor, recebimento de bolsa família), filiação, endereço, contato e dados pessoais (nacionalidade, naturalidade, presença de necessidades especiais).

2) Anormalidades dentofaciais: analisadas para verificar a presença de anormalidades dentofaciais. Foi utilizado o Índice de Maloclusão, onde os indivíduos são classificados em relação à maloclusão como “normal” (sem alterações), “leve” (pequenas alterações) ou “moderada/severa” (alterações inaceitáveis na função mastigatória, aparência facial, ou problemas fonéticos) (Organização Mundial da Saúde, 1991).

Crianças e adolescentes de 6 a 15 anos

1) Ficha de Cadastro das Famílias do Projeto Caminhar: apresentavam informações como o responsável pela criança/adolescente, dados pessoais, composição familiar (moradores na residência e número de irmãos), escolaridade, renda e participação da família em programas sociais e o motivo do interesse pela vaga na associação.

2) Anormalidades dentofaciais: verificar a presença de anormalidades dentofaciais. Utilizou-se dois índices, sendo feita uma equivalência dos resultados encontrados. O Índice de Maloclusão foi utilizado nas crianças de até 9 anos. Nesse índice, os indivíduos são classificados em relação à maloclusão como “normal” (sem alterações), “leve” (pequenas alterações) ou “moderada/severa” (alterações inaceitáveis na função mastigatória, aparência facial, ou problemas fonéticos). Nas crianças de 10 anos ou mais foi utilizado o Índice de Estética Dental (Dental Aesthetic Index – DAI), que avalia 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, 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 ($DAI \leq 25$); 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 ($DAI \geq 36$) (Organização Mundial da Saúde, 1999).

Pais e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes

1) Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal de Crianças na Idade Pré-escolar (B-ECOHIS): é a versão brasileira do questionário Early Childhood Oral Health Impact Scale. O ECOHIS foi inicialmente desenvolvido por PAHEL et al. (2007) e posteriormente traduzido e validado para a língua portuguesa por TESCH et al. (2008), SCARPELLI et al. (2011) e MARTINS-JUNIOR et al. (2012). É constituído por 13 questões oriundas das 36 que compõem o questionário Child Oral Health Quality of Life Instrument (COHQOL) (JOKOVIC et al., 2002). Desses itens, nove avaliam os problemas

buciais sobre a criança (Subescala da Criança) e quatro avaliam o impacto sobre a sua família (Subescala da Família). A subescala da criança apresenta diferentes domínios: sintomas (1 item); função (4 itens); psicológico (2 itens) e autoimagem e interação social (2 itens). Já a subescala da família apresenta dois domínios: angústia dos pais (2 itens) e função familiar (2 itens). Para cada item foi atribuída uma resposta pontuada: 0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = com frequência; 4 = com muita frequência; 5 = não sei). Dessa maneira, a pontuação para a subescala da criança e da família poderia variar de 0 a 36 e de 0 a 16, respectivamente. Os escores do B-ECOHIS são obtidos por meio da soma simples das respostas nas subescalas da criança e dos pais separadamente.

Análise dos Dados

Os dados foram digitados em uma planilha Excel, tabulados e analisados por meio do programa Epi info 7.2.

4 RESULTADOS

4.1 Características Sociodemográficas e socioeconômicas

4.1.1 Perfil Sociodemográfico

Foram analisadas 45 fichas familiares das crianças participantes da Escola Infantil Amar e Cuidar, das quais 95,5% possuíam mãe e pai. No Projeto Caminhar, foram avaliadas 66 fichas cadastrais, sendo identificado que 37,9% eram compostas apenas por mãe ou pai, e a mãe (68,19%) e o pai (36,37%) possuíam escolaridade até o ensino médio. Observado na **Figura 1**.

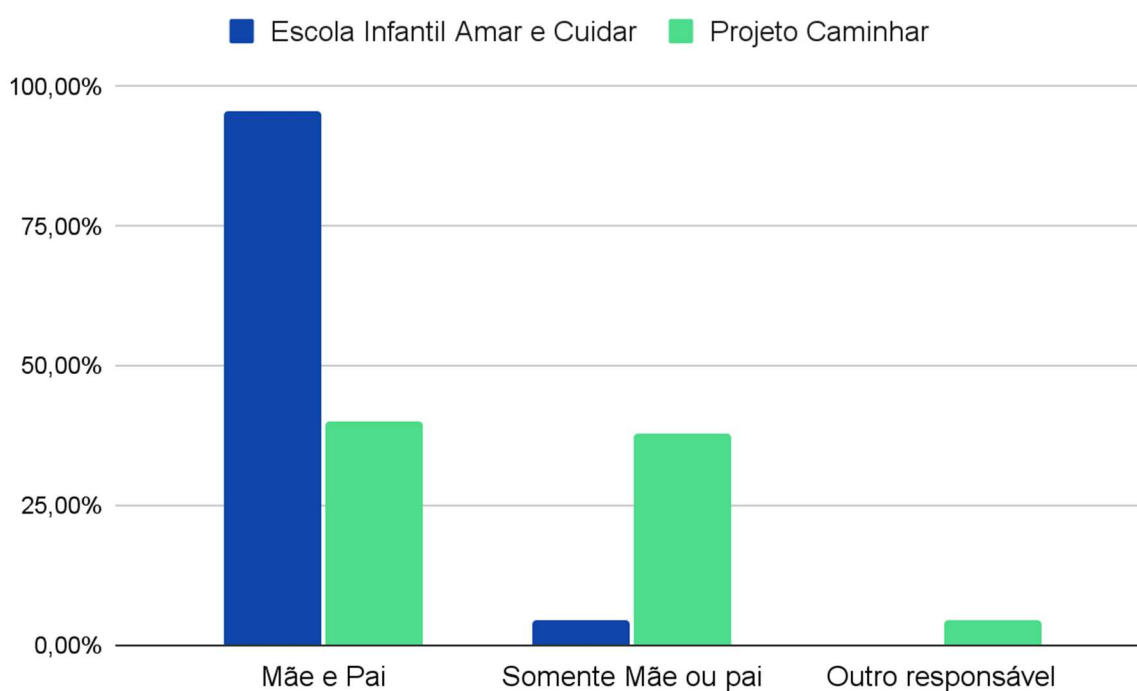


Figura 1. Porcentagem das famílias segundo a composição familiar, Araçatuba, 2025.

4.1.2 Perfil Socioeconômico: Escola Infantil Amar e Cuidar x Projeto Caminhar

A respeito das 45 fichas cadastrais da Escola Infantil Amar e Cuidar, 8,89% pertenciam a famílias que recebiam algum tipo de benefício governamental. No Projeto Caminhar, dentre 66 fichas cadastrais avaliadas, 46,97% das famílias recebiam benefícios sociais (**Figura 2**).

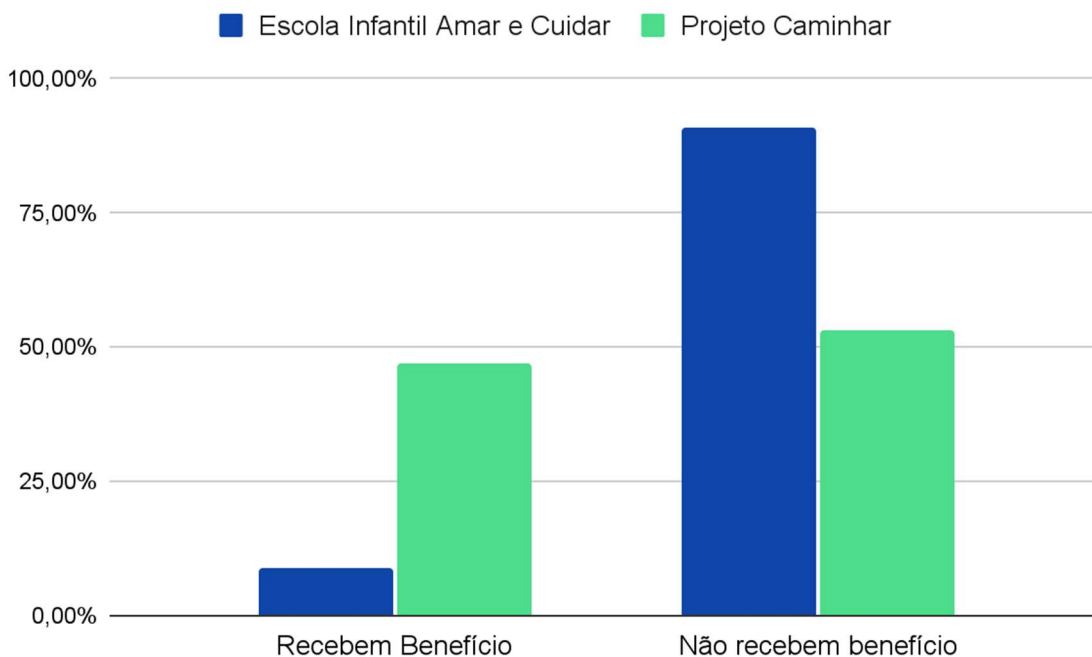


Figura 2. Percentual de famílias que recebiam benefícios sociais na Escola Infantil Amar e Cuidar e no Projeto Caminhar, Araçatuba, 2025.

Também foram avaliadas as rendas das fichas de cadastro vinculadas ao “Projeto Caminhar”. Nesse grupo, a maior parte das famílias possuía renda entre 1 e 2 salários-mínimos (43,68%), seguida por renda inferior a 1 salário-mínimo (33,37%), 2 a 3 salários-mínimos (22,74%) e acima de 3 salários-mínimos (3,0%) (Figura 2).

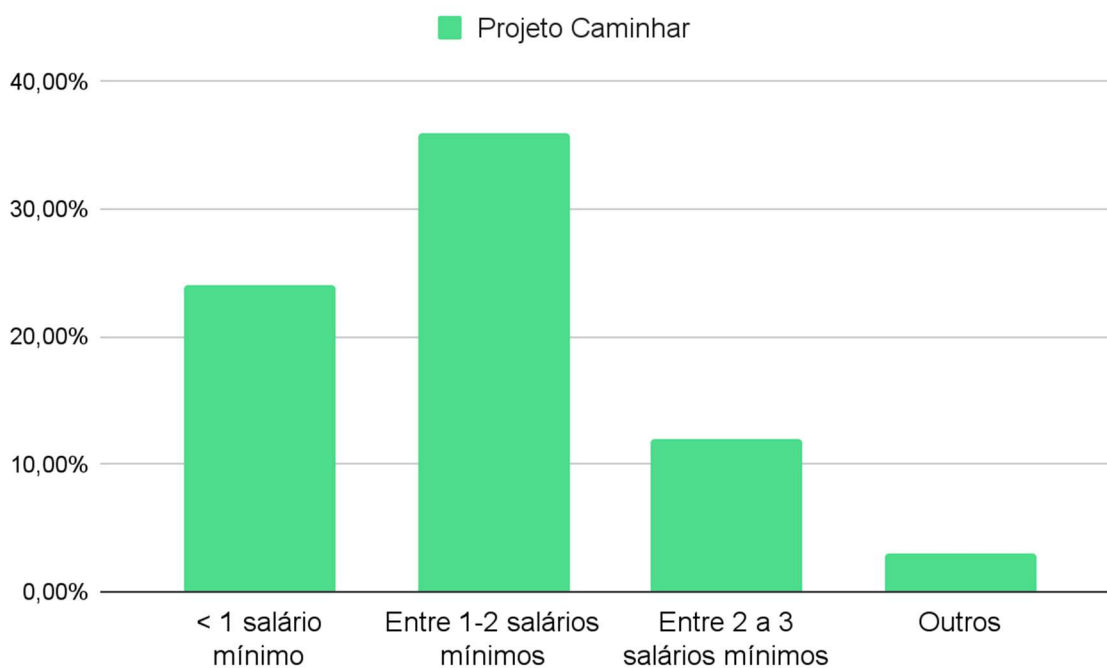


Figura 3. Percentual das famílias participantes do Projeto Caminhar, segundo a renda familiar, Araçatuba, 2025.

4.2 Distribuição e características das maloclusões

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

Foram examinadas 48 crianças em idade pré-escolar (2 a 4 anos), sendo que 45,83% dos participantes apresentaram algum tipo de anormalidade dentofacial (Tabela 1).

Tabela 1. Número e porcentagem das crianças segundo a presença e grau da anormalidade dentofacial (n=48), Araçatuba, 2025

Anormalidade dentofacial	Número	Porcentagem
Ausência de anormalidade	26	54,17
Anormalidade leve	4	8,33
Anormalidade moderada ou severa	18	37,50
Total	48	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

4.2.2 Crianças e adolescentes (6 a 15 anos) do Projeto Caminhar

Do total de participantes do Projeto Caminhar, 64 crianças e adolescentes, sendo 43 participantes de 6 a 9 anos e 21 participantes de 10 a 15 anos. Sendo que 70,31% possuem algum tipo de anormalidade dentofacial (Tabela 2).

Tabela 2. Número e porcentagem das crianças de 6 a 9 anos segundo a presença e grau da anormalidade dentofacial (n=43), Araçatuba, 2025

Anormalidade dento facial	Número	Porcentagem
Ausência	11	25,58
Anormalidade Leve	17	39,53
Anormalidade moderada ou severa	15	34,88
Total	43	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 3**, verifica-se a presença de anomalias dentofaciais em crianças e adolescentes com idades entre 10 e 15 anos.

Tabela 3. Número e porcentagem das crianças de 10 a 15 anos segundo a presença e grau da anormalidade dentofacial (n=21), Araçatuba, 2025

Anormalidade dento facial	Número	Porcentagem
Ausência ou Anormalidade Leve	8	38,10
Anormalidade Moderada	6	28,57
Anormalidade moderada ou severa	7	33,33
Total	21	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

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

4.3.1 Questionário B-ECOHIS

Os pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes da Escola Amar e Cuidar e Projeto Caminhar, responderam ao questionário B-ECOHIS.

Na **Tabela 4** observam-se as respostas referentes às subescalas do Índice B-ECOHIS.

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual das respostas de cada componente das subescalas do Índice B-ECOHIS (n=82), Araçatuba, 2025

Subescala	Subescala da Criança						Subescala da Família					
	Sintomas		Função		Psicológico		Autoimagem e Interação		Angústia dos pais		Função Familiar	
Respostas	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Nunca	54	65,8	330	82,4	130	79,2	150	91,4	135	82,3	139	84,7
Quase nunca	13	15,8	52	12,6	23	14	10	6,1	8	4,8	12	7,3
Às vezes	14	17	22	5,3	9	5,4	3	1,8	16	9,7	12	7,3
Com frequência	0	0	2	0,4	1	0,6	0	0	2	1,2	1	0,6
Com muita frequência	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0,6	0	0
Não sei	1	1,2	3	0,7	1	0,6	1	0,61	2	1,2	0	0
Total	82	100	410	100	164	100	164	100	164	100	164	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 5** verifica-se a subescala do questionário B-ECOHIS que apresentou maior impacto na criança.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual segundo a percepção dos pais, do impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança (n=82), Araçatuba, 2025.

EVENTO	Sim		Não		Total	
	n	%	N	%	n	%
	SINTOMAS					
Sentiu dor de dente, na boca ou maxilares	28	34,1	54	65,8	82	100
FUNÇÃO						
Teve dificuldade em beber algo quente/frio	26	31,7	56	68,2	82	100
Teve dificuldade em comer certos alimentos	21	25,6	61	74,3	82	100
PSICOLÓGICO						
Teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes	14	17	68	82,9	82	100
Ficou irritada devido a problemas com os dentes	20	24,3	62	75,6	82	100
AUTOIMAGEM E INTERAÇÃO SOCIAL						
Evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes	7	8,5	75	91,4	82	100
Evitou falar devido a problemas com os dentes	7	8,5	75	91,4	82	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

Na **Tabela 6** verifica-se a subescala do questionário B-ECOHIS que apresentou maior impacto na família.

Tabela 6. Distribuição numérica e percentual segundo a percepção dos pais, do impacto das doenças bucais dos filhos na família (n=82), Araçatuba, 2025

EVENTO						
ANGÚSTIA DOS PAIS	Sim		Não		Total	
	n	%	N	%	n	%
Sentiu culpado devido a problemas com os dentes da criança	15	18,2	67	81,7	82	100
Ficou aborrecido devido a problemas com os dentes da criança	14	17	68	82,9	82	100
FUNÇÃO FAMILIAR						
Teve impacto financeiro devido a problemas com os dentes da criança	14	17	68	82,9	82	100
Faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes da criança	11	13,4	71	86,5	82	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2025

5 DISCUSSÃO

Na Associação Beneficente Amor e Cuidado (ABAC) as crianças em idade pré-escolar frequentam a “Escola Amar e Cuidar” na forma de creche. As crianças e adolescentes em idade escolar frequentam o “Projeto Caminhar”, em contraturno da escola regular, onde desenvolvem diferentes atividades como: oficina de expressão corporal/teatro, música, socioeducação, educação ambiental, inclusão digital, robótica e educação física. 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” da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista (UNESP), tem possibilitado o acesso dessa população a tratamentos educativos, preventivos e curativos em saúde bucal, realizado no próprio consultório da associação, que é equipado com duas cadeiras odontológicas e toda infraestrutura necessária para o atendimento das crianças (Martins et al., 2022; Silva et al., 2024; Silva et al., 2025).

Os integrantes da ABAC pertencem a famílias de baixo nível socioeconômico e estão inseridas em um ambiente que dificulta a prevenção de doenças bucais, muitas vezes devido à ausência paterna no núcleo familiar, e em alguns casos a materna (Silva et al., 2024). A participação do pai na vida de um filho promove estabilidade emocional, segurança e autonomia. Ao contrário, sua ausência reflete no bem-estar e desenvolvimento da criança, seja ele físico, cognitivo ou social (Gonçalves et al., 2022); 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).

A fim de diminuir o grau de desigualdade na distribuição de renda entre a população, foram criados programas que buscam melhorar as condições de saúde e educação das famílias necessitadas; como por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF) (Germine et al., 2021). No presente estudo, evidenciou-se que as crianças encaminhadas pela Secretaria Municipal de Educação apresentavam um nível econômico maior que as crianças e adolescentes encaminhadas pelo CRAS (Silva et al., 2024). Em relação a renda familiar total, ou seja, considerando os auxílios recebidos pelas famílias que participavam de programas sociais, verificou-se que estava entre 1 e 2 salários-mínimos, na maioria dos casos, o que nos dias atuais é incompatível com o acesso aos fatores ligados à saúde, ou seja, o acesso 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).

Observou-se uma elevada prevalência de alterações dentofaciais, em consonância com outros estudos realizados no Brasil e em diferentes regiões do mundo (De Bacco et al., 2024; Chen et al., 2024; Brasil, 2025). Em uma pesquisa com 1.938 crianças entre 2 e 6 anos de escolas públicas de Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brasil, a maior frequência de alterações foi observada aos 5 anos de idade, sendo a mordida aberta anterior, associada ou não à mordida cruzada posterior, o tipo mais comum (De Bacco et al., 2024). De forma semelhante, Chen et al. (2024), por meio de uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos em diversas regiões do mundo, identificaram alta prevalência de maloclusões na dentição decídua de crianças em idade pré-escolar, sendo as alterações mais relatadas o aumento do overjet e o overbite (sobremordida profunda).

Em nível nacional, os resultados do SB Brasil 2023 mostraram que aproximadamente metade das crianças de 5 anos apresentou algum problema oclusal na dentição decídua, incluindo relações de canino em classes não ideais, sobremordida e mordida cruzada, com percentuais significativos de sobressaliência (aumento do overjet \approx 18%), mordida cruzada posterior (\approx 10,8%) e sobremordida profunda (\approx 9,9%); o que evidencia a ocorrência de alterações oclusais desde os primeiros anos de vida e reforçam a necessidade do diagnóstico precoce e de ações de prevenção desde as idades menores da criança (Brasil, 2025).

Apesar das maloclusões afetarem a saúde geral do indivíduo, incluindo aspectos relacionados à saúde mental, à estética e ao bem-estar psicossocial, com efeitos que podem perdurar por toda a vida (Dimberg et al., 2021), a maioria dos estudos que analisaram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em pré-escolares brasileiros encontrou pouca ou nenhuma associação significativa (Oliveira et al., 2014; Scarpelli et al., 2014; Oliveira et al., 2016; Carminatti et al., 2017; Vasconcelos et al., 2021). No presente trabalho foram observados os domínios mais lembrados pelos pais/responsáveis, corroborando os achados de outra pesquisa (Silva et al., 2025).

A falta de políticas públicas no Brasil que promovam a articulação da relação entre má oclusão, qualidade de vida e determinantes sociais revela uma abordagem fragmentada da saúde bucal no país. Essa lacuna compromete não apenas o tratamento, mas também a prevenção precoce, fundamental para reduzir o impacto funcional, estético e psicossocial das más oclusões ao longo da vida (Campos Alves et al., 2025). A situação é

agravada pela deficiência do setor público, tanto na avaliação precoce quanto no tratamento ortodôntico da má oclusão. Não há assistência qualificada nem profissionais capacitados em ortodontia que integrem uma equipe de atenção primária capaz de prevenir e/ou tratar problemas oclusais. Dessa forma, indivíduos vulneráveis e dependentes do Sistema Único de Saúde não têm acesso a orientação adequada, nem a tratamentos interceptativos, uma vez que a especialidade apresenta custo elevado para grande parte da população brasileira (Martins et al. 2019; Fonseca et al., 2023).

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que os participantes do projeto social integram famílias de baixo nível socioeconômico e, em muitos casos, sem a presença do pai no núcleo familiar. A prevalência de maloclusões na população é alta e a saúde bucal das crianças apresentam impacto na qualidade de vida e na rotina familiar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. S. C.; JESUS MARTINS, P. J.; MATOS COLEN, B.; RIBEIRO, I. P. Acesso e oferta de tratamentos ortodônticos na rede pública de saúde. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 10, n. 1, p. 1–13, 2025. doi:10.61164/rmm.v10i1.3873.
- BACO, G. de; SCHENATO, J.; VALÉRIO, P. *Prevalence of child malocclusion and its association with time of breastfeeding and/or deleterious habits in children from 2 to 6 years old at public schools in Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul, Brazil – pilot project*. *Jaw Functional Orthopedics and Craniofacial Growth*, v. 4, n. 1, 2024.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Carta de Conjuntura. Número 61 — Nota de Conjuntura 23 — 4º Trimestre de 2023*. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wpcontent/uploads/2023/12/231215_cc_61_nota_23_rendimentos.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf.
- CAMPEOL, Â. R.; SOUZA, C. D.; CREPALDI, M. A. Paternidade e desenvolvimento infantil: revisão integrativa da literatura. *Gavagai – Revista Interdisciplinar de Humanidades*, v. 10, n. 2, p. 11–26, 2024.
- CARMINATTI, M.; LAVRA-PINTO, B.; FRANZON, R.; RODRIGUES, J. A.; ARAÚJO, F. B.; GOMES, E. Impact of dental caries, malocclusion and oral habits on the oral health-related quality of life of preschool children. *Audiology – Communication Research*, v. 22, e1801, 2017. doi:10.1590/2317-6431-2016-1801.
- CHEN, H.; LIN, L.; CHEN, J.; HUANG, F. Prevalence of malocclusion traits in primary dentition, 2010–2024: a systematic review. *Healthcare*, v. 12, n. 13, p. 1321, 2024.
- COUTO, D. P. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. *Psicologia em Pesquisa UFJF*, v. 11, n. 1, p. 1–10, 2017.
- DIMBERG, L.; NILNER, K.; NECKELMANN, G. The relationship between malocclusion and oral health-related quality of life among adolescents: a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Orthodontics*, v. 43, n. 2, p. 173–182, 2021.
- FIRMINO, R. T.; GOMES, M. C.; VIEIRA-ANDRADE, R. G.; MARTINS, C. C.; PAIVA, S. M.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Case-control study examining the impact of oral health problems on the quality of life of the families of preschoolers. *Brazilian Oral Research*, v. 30, n. 1, e0121, 2016. doi:10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0121.
- FONSECA, A.; NASCIMENTO, J. R.; FREITAS, L. R. S.; MENDONÇA, L. F. A.; BARBOSA, J. F. M.; JOÃO, M. M. B. P. et al. Os hábitos bucais deletérios e o desenvolvimento das más oclusões em crianças. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 7, e13486, 2023. doi:10.25248/REAS.e13486.2023.
- 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. *Journal of Dental Research*, v. 81, p. 459–463, 2002.
- LI, H.; ZHANG, Y.; HE, Q.; GU, P.; FU, Q.; XIE, D. Oral health literacy and oral health-related quality of life among inpatients: the mediating effects of oral health-related self-efficacy: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 25, p. 1049, 2025.

MARTINS, L. P.; BITTENCOURT, J. M.; BENDO, C. B.; VALE, M. P.; PAIVA, S. M. Má oclusão e vulnerabilidade social: estudo representativo de adolescentes de Belo Horizonte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 393–400, 2019.

MARTINS, R. J.; BELILA, N. M.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I. O impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas. *Journal of the Health Sciences Institute*, v. 37, n. 1, p. 20–25, 2019.

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.

MEER, Z.; SADATULLAH, S.; WAHAB, M. A.; MUSTAFA, A. B.; ODUSANYA, A. S.; RAZAK, P. A. Prevalence of malocclusion and its common traits in Saudi males of Aseer region. *Journal of Dental Research and Review*, v. 3, n. 3, p. 99–102, 2016.

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

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

PAHEL, B. T.; ROZIER, R. G.; SLADE, G. D. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 5, p. 6, 2007.

SCARPELLI, A. C.; OLIVEIRA, B. H.; TESCH, F. C.; LEÃO, A. T.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Psychometric properties of the Brazilian version of the Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *BMC Oral Health*, v. 11, p. 19, 2011.

SCARPELLI, A. C.; OLIVEIRA, B. H.; TESCH, F. C.; LEÃO, A. T.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life among Brazilian preschool children: a population-based study. *Brazilian Oral Research*, v. 28, n. 1, p. 1–8, 2014.

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, 2024. doi:10.25248/REAS.e16755.2024.

SILVA, C. E.; MARTINS, R. J.; SILVA, A. C. J. T.; SALIBA, T. A. Percepción de los padres sobre los hábitos bucales y la calidad de vida de sus hijos. *Revista ADM*, v. 82, n. 4, p. 206–212, 2025. doi:10.35366/121013.

SILVA, M. S. Evolução da paternidade e desenvolvimento socioemocional. *Revista Psicopedagogia*, v. 42, n. 128, p. 243–261, 2025.

TESCH, F. C.; OLIVEIRA, B. H.; LEÃO, A. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Early Childhood Oral Health Impact Scale. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 8, p. 1897–1909, 2008.

UNICEF. *Multiple dimensions of child poverty in Brazil*. Brasília: UNICEF, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/22676/file/multiplas-dimensoes-da-pobreza-na-infancia-e-naadolescencia-no-brasil.pdf>.

VASCONCELOS, F. M. T.; BÖNECKER, M. et al. Impact of primary dentition malocclusion on the oral health-related quality of life in preschoolers. *Progress in Orthodontics*, v. 22, p. 38, 2021. doi:10.1186/s40510-02.

ZHENG, Q.; CAI, L.; HUANG, P. et al. Father's involvement is critical in social-emotional development in early childhood: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, v. 68, p. 123–139, 2025.