



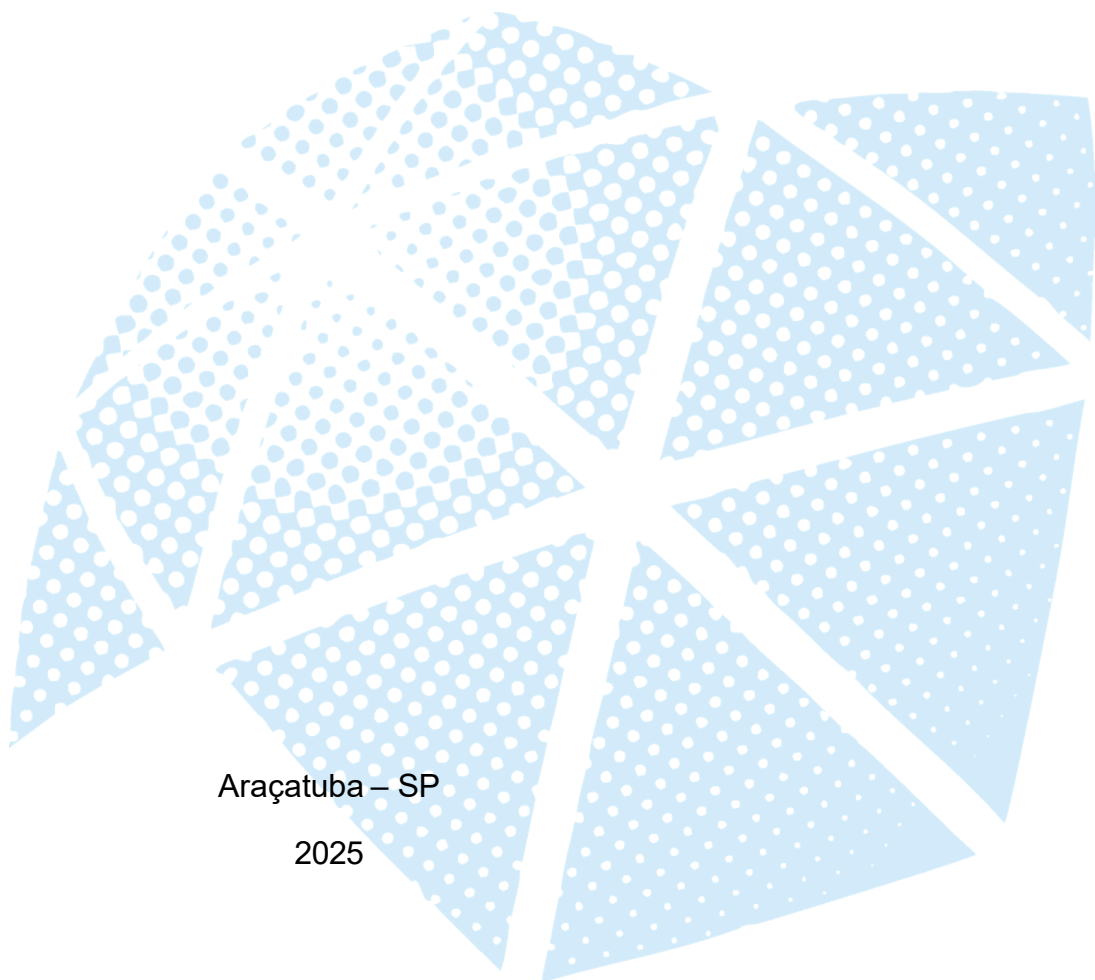
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Câmpus de Araçatuba

RAFAEL ORBOLATO

**Fatores Relacionados à Prevenção da Saúde Bucal em Estudantes da
Rede Pública de Ensino de um Município do Noroeste Paulista**

Araçatuba – SP

2025





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

RAFAEL ORBOLATO

**Fatores Relacionados à Prevenção da Saúde Bucal em Estudantes da
Rede Pública de Ensino de um Município do Noroeste Paulista**

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

Orientador: Prof. Assoc. Ronald Jefferson
Martins

Araçatuba – SP
2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me fortalecer e me amparar durante toda a trajetória da graduação. Nos momentos de dúvidas e incertezas, foi Ele quem sempre me mostrou o caminho a seguir e trouxe conforto diante do cansaço e do desânimo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ronald Jefferson Martins, expresso minha profunda gratidão pelos ensinamentos transmitidos ao longo destes anos. Sua orientação me permitiu aprofundar nos caminhos da Epidemiologia e desenvolver um olhar sensível para as políticas públicas de saúde e para a Saúde Coletiva. Agradeço ainda por sua dedicação na coleta de dados desta pesquisa e por ter abraçado a ideia de realizá-la na escola onde atuo. A futura amiga de profissão, Carolina Enemoto por contribuir nas coletas desse estudo e facilitar os meus caminhos, me permitindo ter como base sua pesquisa, meu muito obrigado.

A toda a equipe de funcionários da EMEB Egles Gabas de Carvalho, que, além de ter sido o local desta pesquisa, é também o meu ambiente de trabalho diário. Divido com essa equipe a luta por oferecer um ensino de qualidade às crianças que tanto necessitam. Obrigado pela compreensão diante das ausências em reuniões pedagógicas quando os horários coincidiram com as aulas da graduação.

À UNESP, instituição que faz parte da minha vida desde 2007, quando iniciei minha primeira graduação em Educação Física, e que novamente me acolheu em 2016 no Mestrado em Fisioterapia. Registro meu apreço ao meu antigo orientador, Prof. Dr. Rômulo Araújo Fernandes, exemplo de docente e pesquisador em quem me inspiro. Agradeço também a todos os funcionários do campus que se tornaram colegas ao longo desses seis anos: Rodrigo, Luana, Isa, Sueli e Patrick.

Aos professores que, de diferentes formas, contribuíram para a bagagem acadêmica que construí, seja pelo conhecimento transmitido, pelas técnicas, exemplos de conduta ou pela empatia compartilhada em sala de aula, nos laboratórios e clínicas. Deixo um agradecimento especial aos docentes Prof. Dr. Antonio Chaves Neto, Profa. Dra. Maria Cristina Rezende, Prof. Dr. Marcos Rogério de Mendonça, Profa. Dra. Thayse Hoshida e Profa. Dra. Ana Maria Vasques, pela generosidade em compartilhar conhecimento e pelo apoio

oferecido nesta etapa.

À Profa. Dra. Lia Borges e ao Prof. Dr. Fernando Yamamoto Chiba, por aceitarem o convite para compor a banca avaliadora. Sei que sua contribuição será valiosa para o enriquecimento desta pesquisa, em razão do vasto conhecimento que possuem sobre o tema.

À pessoa do diretor Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem e do vice-diretor Prof. Dr. Luciano Tavares Angelo Cintra da FOA-UNESP, registro os meus agradecimentos pelo apoio e dedicação.

Aos meus pais, Carlos César Orbolato (In Memoriam), que no dia 1º de setembro completaria 66 anos. Infelizmente partiu cedo e não pôde presenciar esta conquista, mas deixou-me exemplos de honradez e amor ao próximo, que levo comigo a cada passo. À minha mãe, Vera Lucia Teixeira Orbolato, que sempre me apoiou da melhor forma possível, guiando-me pelo caminho dos estudos e do trabalho, exemplo de mulher batalhadora e resiliente. Aos meus sogros, Denise e Zengo, que sempre estiveram presentes com apoio, carinho e admiração pela minha jornada acadêmica, o meu sincero agradecimento.

Aos amigos de graduação, com quem compartilhei clínicas, laboratórios e aprendizados. Em especial às minhas duplas: Viviam, Mari, Luana, Lara, Helo e Gabi. Deixo um carinho especial à Beatriz Bueno e à Lara, pelos resumos compartilhados nas vésperas das provas.

Por fim, e de forma inversamente proporcional à sua importância, agradeço ao amor da minha vida e minha esposa, Dra. Loiane Maria Zengo Orbolato. Sem você, este sonho não teria se tornado realidade. Você sempre me impulsionou a buscar mais, compartilhou comigo cada conquista e esteve ao meu lado em todas as dores e alegrias desses seis anos. Obrigado por ser meu porto seguro, por curar minhas feridas e por ser exemplo de dedicação e maestria em tudo o que faz. Ter você em minha vida é, sem dúvida, o maior dos meus privilégios.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Escala de Faces de Andrews. Fonte: Diagrama adaptado de LORISH; MAISIAK, 1986 **16**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Distribuição das crianças segundo a idade, Araçatuba, 2025 (n=77)	18
Gráfico 2.	Distribuição das crianças segundo sexo, Araçatuba, 2025)	19
Gráfico 3.	Distribuição de presença de cálculo dental nas crianças, Araçatuba, 2025	23
Gráfico 4.	Distribuição da presença de fio dental em casa, Araçatuba, 2025	24
Gráfico 5.	Percentual Crianças que nunca foram ao dentista (n=77), Araçatuba, 2025	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=77), Araçatuba, 2025	19
Tabela 2.	Número de indivíduos examinados, Índice ceod e desvio padrão segundo a idade (n=77), Araçatuba, 2025	20
Tabela 3.	Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceod (n=96), Araçatuba, 2025	20
Tabela 4.	Frequência absoluta e relativa do índice CPOD (n=77), Araçatuba, 2025	20
Tabela 5.	Número de indivíduos examinados, Índice CPOD e desvio padrão segundo a idade (n=77), Araçatuba, 2025	21
Tabela 6.	Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPOD, Araçatuba (n=39), 2025	21
Tabela 7.	Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025	21
Tabela 8.	Número e porcentagem dos indivíduos sem cárie (ceod e CPOD =0) e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025	22
Tabela 9.	Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=75), Araçatuba, 2025	22
Tabela 10.	Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo a presença e grau da anormalidade dento facial (n=77), Araçatuba, 2025	23
Tabela 11.	Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre escovar os dentes, Araçatuba, 2025	25
Tabela 12.	Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre uso do fio dental, Araçatuba, 2025	25
Tabela 13.	Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre a sua saúde bucal, Araçatuba, 2025	25
Tabela 14.	Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre seus dentes e gengivas, Araçatuba, 2025	26

Tabela 15.	Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre ir ao dentista, Araçatuba, 2025	26
Tabela 16.	DFS - Subescala de Fuga ao Atendimento (n=77), Araçatuba, 2025	27
Tabela 17.	DFS - Subescala de Reações Fisiológicas (n=77), Araçatuba, 2025	27
Tabela 18.	DFS - Subescala de Medo Provocado (n=77), Araçatuba, 2025	28
Tabela 19.	DFS - Subescala de Medo Geral de Tratamentos Odontológicos (n=77), Araçatuba, 2025	29
Tabela 20.	Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas de cada componente das subescalas do Índice B-ECOHIS, Araçatuba, 2025	30
Tabela 21.	Distribuição numérica e percentual dos responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança (n=77) - Índice B-ECOHIS, Araçatuba, 2025	31
Tabela 22.	Distribuição numérica e percentual dos responsáveis segundo a percepção do impacto das doenças bucais na família - Índice B-ECOHIS, Araçatuba, 2025	32

LISTA DE ABREVIATURAS

AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
B-ECOHIS	Brazilian Early Childhood Oral Health Impact Scale
ceo-d	Dentes Cariados, Extração Indicada e Obturados Decíduos
CPOD	Dente Cariado, Perdido, Obturado
CPI	Índice Periodontal Comunitário
DAI	Índice de Estética Dental
DFS	Dental Fear Survey
IHOS	Índice de Higiene Oral Simplificado
OMS	Organização Mundial de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ORBOLATO, R. Fatores Relacionados à Prevenção da Saúde Bucal em Estudantes da Rede Pública de Ensino de um Município do Noroeste Paulista. 2025. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2025.

Resumo

A infância representa uma fase crucial para a formação de hábitos de saúde, incluindo a higiene bucal. Nessa etapa, a cárie dentária é o agravo mais prevalente, influenciada por fatores socioeconômicos, comportamentais e ambientais. Problemas bucais podem comprometer a alimentação, o sono, a autoestima e o rendimento escolar, afetando a qualidade de vida das crianças. Assim, compreender os fatores associados à saúde bucal em escolares é fundamental para subsidiar ações de prevenção e promoção em ambientes educativos, especialmente em comunidades vulneráveis. Este estudo teve como objetivo investigar fatores relacionados à prevenção da saúde bucal em crianças do Ensino Fundamental I matriculadas em uma escola pública de período integral localizada em Araçatuba-SP, em contexto de vulnerabilidade social. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, que avaliou 77 escolares entre 7 e 11 anos, além de seus responsáveis. Foram utilizados os índices ceo-d/CPOD (experiência de cárie), Índice de Higiene Oral Simplificado – IHOS (0–1,0 = ótimo; 1,1–2,0 = regular; 2,1–3,0 = ruim), Índice Periodontal Comunitário – CPI (cálculo dental) e Índice de Mal oclusão – DAI (normal, leve, moderada/severa). Aplicou-se ainda a Escala de Faces de Andrews para verificar a percepção das crianças sobre hábitos de higiene e consulta odontológica. Entre os responsáveis, foram aplicados o B-ECOHIS, para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida infantil, e o Dental Fear Survey (DFS), que mensura o medo odontológico. Os resultados mostraram que 56% das crianças apresentaram experiência de cárie, sendo que 31% nunca haviam ido ao dentista. O IHOS médio foi de 1,5, caracterizando higiene “regular”, e cerca de 40% dos lares não possuíam fio dental, refletindo percepções negativas quanto ao seu uso. Má oclusão esteve presente em 59,7% da amostra e periodontopatia em 22%. Quanto à qualidade de vida, 79,2% dos responsáveis relataram dor de dente nos filhos, associada a prejuízos em sono, alimentação, socialização e até ausência escolar. Observou-se ainda que o medo odontológico dos pais influenciou negativamente o acesso e a adesão das crianças ao tratamento. Conclui-se que as crianças pesquisadas apresentam percepção positiva em relação a aspectos relacionados a saúde bucal, entretanto a higienização bucal mostrou-se regular e existem sextantes com cálculo dentário. A prevalência de má oclusões e cárie é alta e as necessidades de tratamento são menos complexas. Os responsáveis apresentaram um elevado nível de medo e ansiedade ao tratamento odontológico. A saúde bucal influenciou na qualidade de vida tanto das crianças, quanto dos pais

Palavras-chave: Saúde Bucal. Cárie Dentária. Crianças. Prevenção Primária.

ORBOLATO, R. **Factors Associated with Oral Health Prevention among Public School Students in a Municipality of Northwestern São Paulo State.** 2025. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2025.

Abstract

Childhood is a crucial stage for the development of health habits, including oral hygiene. At this stage, dental caries is the most prevalent condition, influenced by socioeconomic, behavioral, and environmental factors. Oral problems can impair nutrition, sleep, self-esteem, and school performance, affecting children's quality of life. Understanding the factors associated with oral health in schoolchildren is therefore essential to support preventive and health promotion strategies in educational settings, particularly in vulnerable communities. This study aimed to investigate factors related to the prevention of oral health in children enrolled in a full-time public elementary school in Araçatuba-SP, Brazil, within a context of social vulnerability. A cross-sectional, descriptive, and quantitative design was used, evaluating 77 children aged 7 to 11 years and their caregivers. The indices ceo-d/DMFT (caries experience), Simplified Oral Hygiene Index – OHI-S (0–1.0 = good; 1.1–2.0 = fair; 2.1–3.0 = poor), Community Periodontal Index – CPI (dental calculus), and Dental Aesthetic Index – DAI (normal, mild, moderate/severe) were applied. Children's perceptions regarding hygiene and dental visits were assessed using the Andrews Facial Scale. Among caregivers, the B-ECOHIS questionnaire was applied to measure the impact of oral health on children's quality of life, and the Dental Fear Survey (DFS) to assess dental anxiety. Results showed that 56% of the children had caries experience, 31% had never visited a dentist, and the mean OHI-S was 1.5, indicating "fair" hygiene. Approximately 40% of households did not have dental floss, reflecting negative perceptions of its use. Malocclusion was observed in 59.7% of the sample, while 22% presented periodontal conditions. Regarding quality of life, 79.2% of caregivers reported toothache in their children, associated with impairments in sleep, eating, socialization, and even school absenteeism. Parents' dental fear was also found to negatively influence children's access and adherence to dental care. In conclusion, although children demonstrated a positive perception of oral health, their hygiene practices were only fair, with the presence of calculus in some sextants. High prevalence of caries and malocclusion was observed, though treatment needs were generally less complex. Caregivers reported high levels of dental fear and anxiety, and oral health was shown to significantly influence the quality of life of both children and their families.

Keywords: Oral Health. Dental Caries. Children. Primary Prevention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MATERIAIS E MÉTODOS	14
2.2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	15
3. RESULTADOS	18
3.1. Características Sociodemográficas	18
3.2. Carie e necessidade de tratamento	19
3.3. Maloclusão	22
3.4. Periodontopatias	22
3.5. Questionário fechado e faces de Andrews	23
3.6. Questionário Dental Fear Survey	26
3.7. Qualidade de Vida B-ECOHIS	29
4. DISCUSSÃO	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
6. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37

1. Introdução

A saúde bucal constitui parte integrante e indissociável da saúde geral do indivíduo, exercendo impacto direto sobre a qualidade de vida, autoestima, desempenho escolar e bem-estar social. Na infância, especialmente durante o período escolar, consolidam-se os hábitos de higiene e autocuidado que podem repercutir ao longo de toda a vida (MARTINS et al., 2014). Contudo, apesar dos avanços da odontologia preventiva e da implementação de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, a saúde bucal infantil ainda apresenta um cenário de vulnerabilidade. Tal condição é marcada pelas limitações no acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos, expressas na insuficiente ampliação das equipes de saúde bucal na atenção primária, na baixa abrangência de programas preventivos em escolas, na frágil articulação entre os setores de saúde e educação e na ausência de monitoramento contínuo das necessidades locais (GALVÃO; RONCALLI, 2021).

O ambiente escolar constitui-se em um espaço privilegiado para a promoção de práticas de saúde, uma vez que as crianças passam grande parte do dia inseridas nesse contexto (NERY; JORDÃO; FREIRE, 2019). No caso das escolas de período integral, em que os estudantes permanecem, em média, nove horas diárias (RAMOS et al., 2020), a instituição assume papel ainda mais relevante, pois além da formação acadêmica, torna-se corresponsável pelo desenvolvimento de hábitos de higiene, alimentação e convivência social. Contudo, em regiões marcadas por condições socioeconômicas desfavoráveis, o desafio é ainda maior, já que fatores como baixo nível de escolaridade dos pais, acesso restrito a serviços odontológicos, precariedade de recursos financeiros e limitações estruturais podem comprometer a adoção e a manutenção de práticas adequadas de saúde bucal (GALVÃO; RONCALLI, 2021).

Entre os principais problemas observados em escolares do Ensino Fundamental I de comunidades vulneráveis, destacam-se a escovação inadequada ou irregular, o uso limitado ou inexistente do fio dental e a ausência de supervisão dos responsáveis no processo de higienização (FERRAZ; DE CARVALHO, 2022). Segundo os autores, essas lacunas contribuem para uma elevada prevalência de doenças bucais, especialmente a cárie dentária,

considerada uma das patologias crônicas mais comuns na infância, que além de causar dor e desconforto, pode levar a dificuldades de mastigação, problemas de fala, distúrbios do sono e queda no rendimento escolar, impactando negativamente o desenvolvimento integral da criança.

Além dos aspectos clínicos, os problemas de saúde bucal repercutem diretamente na qualidade de vida dos escolares. A dor de dente, por exemplo, é uma das principais causas de absenteísmo, levando crianças a faltarem às aulas e, consequentemente, prejudicando seu desempenho acadêmico e sua socialização (SANTOS; SOUZA; FREIRE, 2020). Além disso, condições como cárie não tratada, doenças periodontais e má oclusão podem gerar constrangimento estético, afetar a autoestima, dificultar a mastigação e a fala, e limitar a participação dos alunos em atividades coletivas, reforçando a necessidade de ações preventivas precoces e contínuas na infância (MARCONDES; GARCIA; GARCIA, 2021).

Outro fator relevante é que o medo e a ansiedade apresentados pelos pais em relação ao tratamento odontológico podem ser repassados aos filhos, interferindo diretamente na percepção da criança quanto ao cuidado com a saúde bucal e, em muitos casos, levando à evitação de consultas preventivas (MOREIRA et al., 2015). Crenças e experiências negativas dos responsáveis tendem a perpetuar um ciclo de insegurança e baixa adesão aos serviços odontológicos, agravando o quadro de vulnerabilidade infantil (KHINDA et al., 2024).

Nesse sentido, o papel dos professores merece destaque, já que, por estarem em contato diário com as crianças, podem atuar como importantes mediadores na formação de hábitos de saúde. Contudo, observa-se que o conhecimento dos docentes sobre saúde bucal ainda é limitado, o que reduz sua capacidade de orientar adequadamente os alunos e de reforçar condutas preventivas. Essa limitação dificulta a consolidação de rotinas de higiene entre os escolares, considerando que, muitas vezes, a escola é o principal espaço de formação de hábitos (ARCIERI, 2014 e GARBIN et al., 2014).

Nesse cenário, a escola, em especial as de tempo integral, ao concentrar por longas horas o convívio e a formação da criança, pode ser um ambiente

estratégico para a implementação de ações educativas e preventivas em saúde bucal (SANTOS et al., 2019). A integração entre profissionais de saúde, professores, equipe pedagógica e familiares torna-se essencial para o fortalecimento de práticas saudáveis e para a construção de uma cultura de autocuidado desde os primeiros anos de vida (SILVA, 2024).

Diante dessas circunstâncias, compreender a realidade da saúde bucal em escolares do Ensino Fundamental I de bairros periféricos, com condições socioeconômicas desfavoráveis, é fundamental para subsidiar políticas públicas e estratégias pedagógicas de promoção da saúde. A análise desse contexto permite identificar lacunas, direcionar recursos e elaborar programas de prevenção e intervenção mais efetivos, contribuindo não apenas para a redução da prevalência de cárie dentária e outras doenças bucais, mas também para a melhoria da qualidade de vida desses estudantes. (ARCIERI, 2014)

Assim, o objetivo deste trabalho foi investigar as condições de saúde bucal de crianças matriculadas no Ensino Fundamental I de uma escola de período integral localizada em um bairro marcado por vulnerabilidade social, considerando aspectos como qualidade da higiene oral, uso do fio dental, ocorrência de cárie dentária, presença de má oclusão, o medo dos pais em relação ao atendimento odontológico, a percepção das crianças quanto a qualidade da saúde bucal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças. A relevância deste estudo reside na possibilidade de contribuir para o fortalecimento de ações de promoção de saúde bucal no ambiente escolar, destacando a importância de intervenções contínuas e multidisciplinares que possam transformar a realidade dessas crianças e, conseqüentemente, impactar positivamente seu futuro.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e quantitativa, de caráter documental e investigativo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com a Resolução 466/12, sob o número de processo CAAE: 89041025.8.0000.5420 e parecer 7.608.483.

A pesquisa foi realizada na Escola Municipal de Ensino Básico Egles Gabas de Carvalho, em Araçatuba-SP, incluindo 77 crianças matriculadas nos 3º, 4º e 5º anos do Ensino Fundamental I, com idades entre 7 e 11 anos, assim como seus pais ou responsáveis, que forneceram informações relacionadas à influência da saúde bucal na qualidade de vida da criança e medo e ansiedade ao ir ao dentista.

A participação foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Assentimento pelas crianças e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais/responsáveis. Todas as crianças dos terceiros, quartos e quintos anos receberam o TCLE e foram convidadas a participar da pesquisa, as que devolveram o TCLE foram avaliadas. A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2025, e os dados foram organizados para análise epidemiológica e estatística descritiva, permitindo identificar padrões de saúde bucal, hábitos de higiene e impactos na qualidade de vida dos escolares.

2.1. Instrumentos e Avaliações

2.1.1. Questionário Fechado e Escala de Faces de Andrews: analisou hábitos de higiene bucal, presença de escova, pasta e fio dental em casa, compartilhamento da escova e acesso a cirurgião-dentista. A Escala de Faces de Andrews (intervalar de 7 pontos) mediu a percepção das crianças quanto à escovação, uso do fio dental, condição da saúde bucal e ida ao dentista, utilizando expressões faciais de alegria, indiferença e tristeza para representar sentimentos positivos, neutros e negativos, respectivamente, as crianças foram questionadas quanto aos sentimentos relacionados à pergunta proposta, utilizando-se uma escala facial de sete níveis. As faces numeradas de 1 a 3 foram classificadas como indicativas de percepção satisfatória; a face número 4 representou uma condição regular; e as faces de 5 a 7 corresponderam a respostas negativas ou insatisfatórias em relação à percepção da criança sobre o aspecto investigado (LORISHC e MAISIAK, 1986) (**Figura 1**).

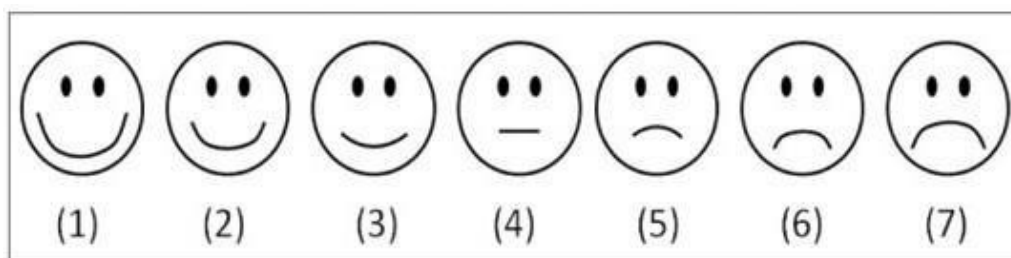


Figura 1. Escala de Faces de Andrews. Fonte: Diagrama adaptado de LORISH; MAISIAC, 1986.

2.1.2. Higienização Bucal: calculou-se o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) de Greene e Vermillion (1964), considerando apenas o subíndice de placa. A classificação seguiu: 0–1,0 = “ótima”; 1,1–2,0 = “regular”; 2,1–3,0 = “ruim” (Pinto et al., 2013). A placa bacteriana foi corada com fucsina básica com auxílio de uma haste flexível de algodão e utilizou-se espátulas de madeira para melhor visualização das faces coradas dos dentes. As avaliações ocorreram sem aviso prévio aos estudantes, com o objetivo de registrar as condições reais de higiene bucal no momento da observação. Os exames foram realizados no período da tarde, entre 13h00 e 16h00, quando os escolares já permaneciam na unidade há mais de seis horas e haviam realizado, em média, três refeições antes da coleta, garantindo assim a análise em um contexto habitual de sua rotina diária. Após a avaliação, os alunos receberam uma escova e realizaram a escovação.

17

2.1.3. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento: as crianças foram avaliadas por um único examinador previamente treinado e calibrado, com concordância de diagnóstico intraexaminador muito alta ($K = 0,98$), em cinco dias de coleta. Utilizaram-se os índices CPO-D (Cariados, Perdidos e Obturados - permanentes) e ceo-d (Cariados, Extração Indicada e Obturados - decíduos), preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), amplamente utilizados para avaliar a prevalência de cárie dentária. Os exames foram realizados à luz natural, com espelho bucal plano e sonda CPI. Utilizou-se uma ficha adaptada da OMS para registro dos dados (OMS, 1999). A equipe incluiu um examinador calibrado,

um anotador e um monitor que buscava as crianças na sala de aula e organizava a filas para a análise.

2.1.4. **Periodontopatias:** avaliadas por meio Índice Periodontal Comunitário (CPI), sendo identificados sextantes com presença de cálculo visível (OMS, 1999).

2.1.5. **Mal oclusão:** para crianças ≤ 10 anos, utilizou-se o Índice de Mal oclusão, classificando a oclusão como “normal”, “leve” ou “moderada/severa”. Para crianças ≥ 11 anos, aplicou-se o Dental Aesthetic Index (DAI), que avalia dentição, espaço e oclusão, fornecendo quatro categorias de condição: ausência de anormalidade ($DAI \leq 25$), mal oclusão definida ($DAI 26-30$), mal oclusão severa ($DAI 31-35$) e mal oclusão muito severa ou incapacitante ($DAI \geq 36$). Houve uma adequação entre os dois índices.

Os pais e responsáveis responderam a questionários que abordavam os conhecimentos sobre a saúde bucal da criança, histórico odontológico, crenças, atitudes e medos em relação ao tratamento odontológico. Esses questionários foram distribuídos de duas formas: entregues em sala de aula e levados pela criança para sua casa, a fim de que os responsáveis respondessem e posteriormente devolvessem ao pesquisador e também disponibilizados para o preenchimento durante a reunião de pais e mestres.

2.1.6. **Dental Fear Survey (DFS):** avalia o medo relacionado ao atendimento odontológico, considerando evitamento da consulta, ativação fisiológica e medo/desconforto durante procedimentos. A escala Likert de 1 a 5 classifica intensidade do medo, com pontuação total variando de 20 (baixa) a 100 (elevada) (KLEINKNECHT; KLEPAC; ALEXANDER, 1973, p. 843).

2.1.7. **B-ECOHIS (Brazilian Early Childhood Oral Health Impact Scale):** avalia o impacto da saúde bucal na qualidade de vida da criança e da família. Apresenta subescalas da criança (sintomas, função, psicológico, autoimagem/interação social) e da família (angústia dos pais, função familiar). As respostas variam de 0 (nunca) a 5 (não sei), permitindo pontuação total de 0–36 para a

criança e 0–16 para a família (JOKOVIC et al., 2002; PAHEL et al., 2007; TESCH et al., 2008).

2.2. Análise de Dados

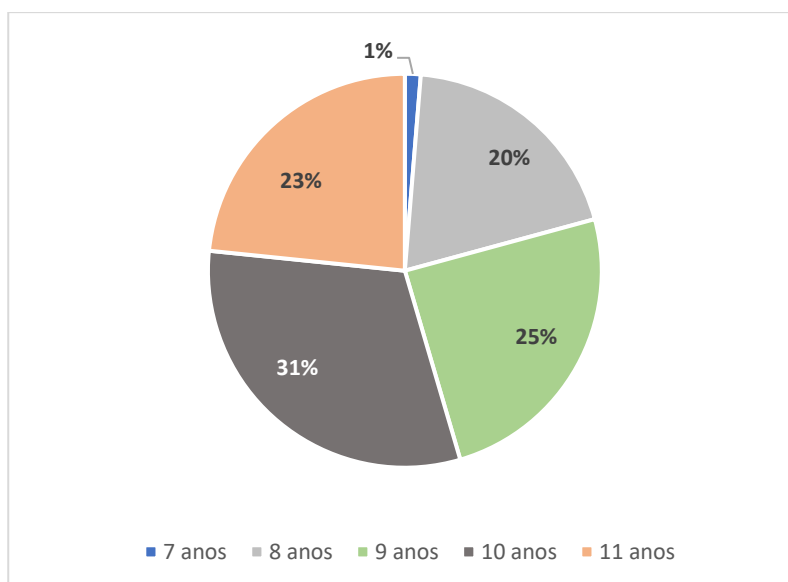
Os dados foram analisados por estatística descritiva, apresentando frequências absolutas e relativas, permitindo a caracterização do perfil de saúde bucal da população.

3. Resultados

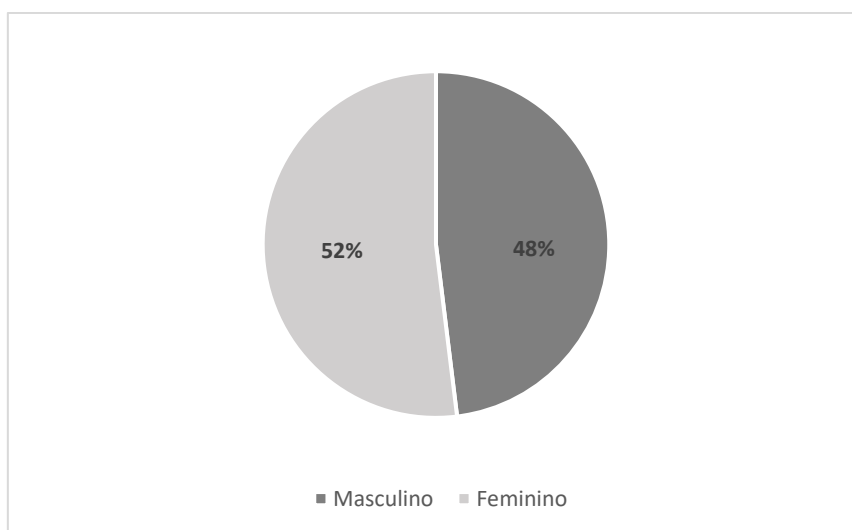
3.1. Características Sociodemográficas

Foram avaliadas no total, 77 crianças matriculadas na escola que entregaram os TCLE até o período da coleta de dados, assim como seus responsáveis, que responderam aos questionários. Onde a faixa etária ficou distribuída de 7 a 11 anos (**gráfico 1**), onde a maioria da amostra foi composta de crianças do sexo feminino, 40 crianças (**gráfico 2**).

Gráfico 1 – Distribuição das crianças segundo a idade, Araçatuba, 2025



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Gráfico 2 – Distribuição das crianças segundo sexo, Araçatuba, 2025

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

3.2. Índice de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

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

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa do índice ceod (n=77), Araçatuba, 2025

Índice ceod	Número	Porcentagem
0	44	57,1
1	10	13,0
2	6	7,8
3	8	10,4
4	4	5,2
5	2	2,6
7	2	2,6
10	1	1,3
Total	77	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

A **Tabela 2** revela os valores do índice ceod segundo a idade.

Tabela 2. Número de indivíduos examinados, Índice ceod e desvio padrão segundo a idade (n=77), Araçatuba, 2025

Idade	Número	ceod	Desvio Padrão
7	1	3	0
8	15	2,6	2,90
9	19	1,26	2,02
10	24	0,79	1,38
11	18	0,61	1,09

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 3**, observa-se o índice ceod conforme os seus componentes.

Tabela 3. Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceod (n=96), Araçatuba, 2025

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	85	1,1	88,54
Obturados/Cariados	3	0,04	3,13
Obturados	8	0,1	8,33
ceod	96	1,25	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

A **Tabela 4** mostra a frequência absoluta e relativa do índice CPOD.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa do índice CPOD (n=77), Araçatuba, 2025

Índice CPOD	Número	Porcentagem
0	57	74,0%
1	9	11,7%
2	5	6,5%
3	4	5,2%
4	2	2,6%
Total	77	100%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

A **Tabela 5** revela os valores do índice ceod segundo a idade.

Tabela 5. Número de indivíduos examinados, Índice CPOD e desvio padrão segundo a idade (n=77), Araçatuba, 2025

Idade	Número	CPOD	Desvio Padrão
7	1	0	0
8	15	0,33	0,90
9	19	0,37	0,95
10	24	0,75	1,19
11	18	0,5	0,92

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 6**, observa-se o índice CPOD conforme os seus componentes.

Tabela 6. Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPOD, Araçatuba (n=39), 2025

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	31	0,4	79,49
Obturados/Cariados	1	0,01	2,56
Obturados	7	0,09	17,95
CPOD	39	0,5	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 7**, são listados a quantidade de dentes que precisam de tratamento e quais os tratamentos necessários.

Tabela 7. Número, média e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2025

Necessidade de Tratamento	Número	Média	Porcentagem
Obturação 1 Superfície	47	0,61	38,52
Obturação 2 ou + Superfícies	44	0,57	36,07
Pulpar + Restauração	23	0,3	18,85
Extração do dente	8	0,1	6,56
Total	122	1,2	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **tabela 8**, verifica-se o percentual de crianças livres de cárie (ceod e CPOD = 0) na faixa etária de 7 a 11 anos.

Tabela 8. Número e porcentagem dos indivíduos sem (ceod e CPOD =0) e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2025

Idade	Sem cárie		Com cárie		Total
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número
7	0	0%	1	100%	1
8	5	33,3%	10	66,7%	15
9	8	42,1%	11	57,9%	19
10	11	45,8%	13	54,2%	24
11	10	55,6%	8	44,4%	18
Total	34	44,16%	43	55,84%	77

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 9**, estão em destaque os índices de higiene oral, avaliados através por meio do IHOS, onde dois alunos não realizaram a coleta, pois utilizavam aparelho ortodôntico.

Tabela 9. Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (n=75), Araçatuba, 2025

IHOS	Número	Porcentagem
De 0 a 1 – Bom	18	24,0%
De 1,1 a 2 – Regular	53	70,7%
De 2,1 a 3 – Ruim	4	5,3%
Total	75	100%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

3.3. Mal oclusão

Os 77 estudantes realizaram o exame para verificar o grau de maloclusão, para crianças de 10 anos ou menos, foi utilizado o índice de má oclusão e para os de 11 anos completos, foi utilizado o DAI. Na **Tabela 10**, verificou-se a presença de anormalidades dento faciais em 59,7% dos indivíduos pesquisados.

Tabela 10. Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo a presença e grau da anormalidade dento facial (n=77), Araçatuba, 2025

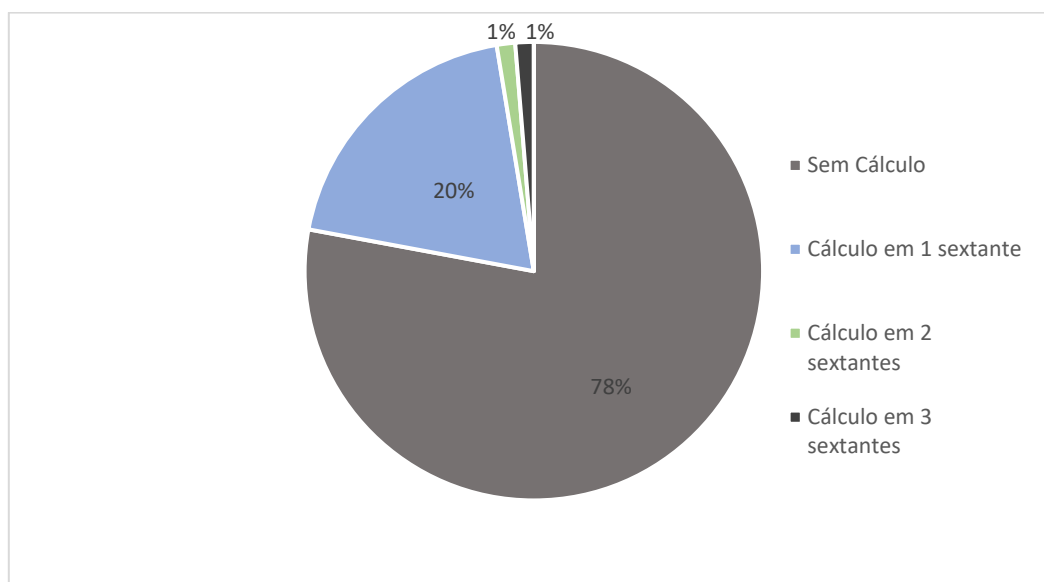
Anormalidade dento facial	Número	Porcentagem
Ausência de anormalidade	31	40,3
Anormalidade leve	27	35,0
Anormalidade moderada ou severa	19	24,7
Total	77	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

3.4. Periodontopatias

Os 77 estudantes foram examinados, em especial, quanto a presença de cálculo, devido a idade dos indivíduos. Destes, 17 (22%) indivíduos apresentaram sextantes com cálculo (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 – Distribuição da presença de cálculo dental nas crianças, Araçatuba, 2025



Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

3.5. Questionário fechado e Escala de Faces de Andrews

Os 77 estudantes responderam ao questionário e a Escala de Faces. Quanto ao questionário, todos participantes responderam que em sua casa havia uma escova para cada pessoa e que a escova não era compartilhada, além disso, todos também responderam que possuíam dentífrico em sua residência. Quando questionados sobre a presença de fio dental em sua residência, 39% responderam negativamente e sobre já terem ido há uma consulta ao dentista, sem contar o exame intrabucal realizado na pesquisa, 31% responderam que nunca haviam ido a um cirurgião dentista (**Gráficos 4 e 5**).

Gráfico 4 – Distribuição da presença de fio dental em casa, Araçatuba, 2025

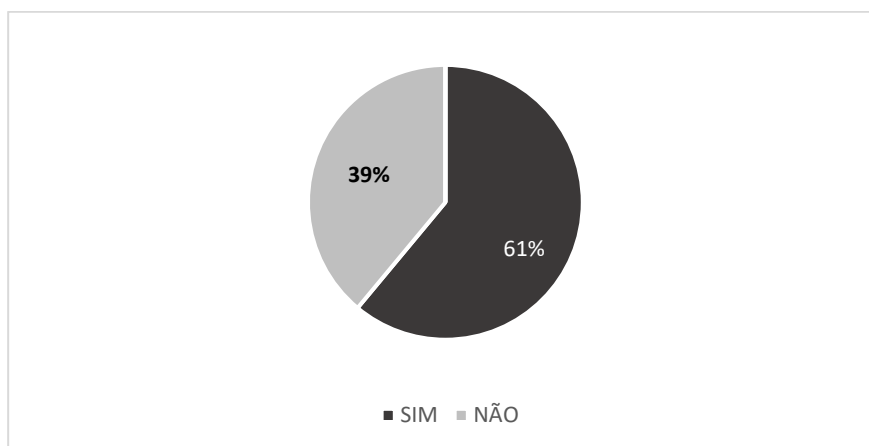


Grafico 4 - Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Gráfico 5 – Percentual de crianças que nunca foram ao dentista, Araçatuba, 2025

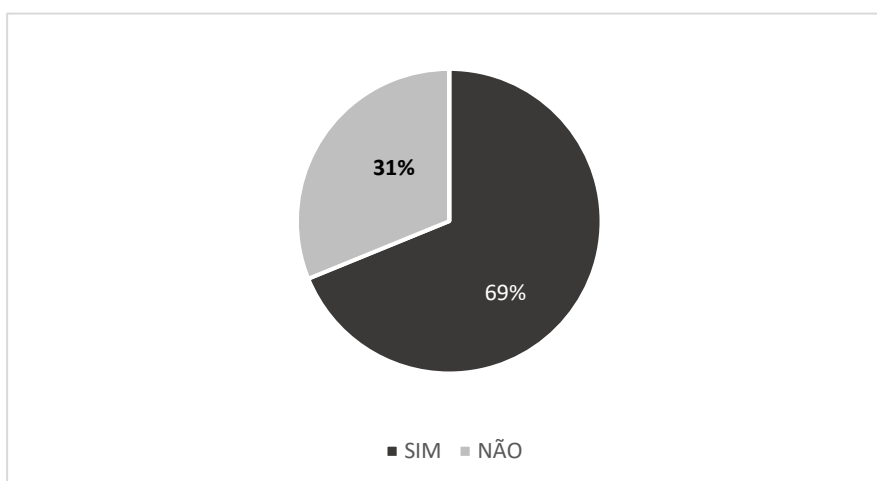


Grafico 4 - Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Em relação a Escala de Faces, na maioria dos casos, as crianças e adolescentes apresentaram percepções positivas sobre todos as questões (Tabelas 11 a 15).

Tabela 11. Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre escovar os dentes, Araçatuba, 2025

Faces	Número	Porcentagem
Percepção Positiva	65	84,4
Percepção Negativa	2	2,6
Indiferente	10	13,0
Total	77	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Tabela 12. Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre uso do fio dental, Araçatuba, 2025

Faces	Número	Porcentagem
Percepção Positiva	47	61,0
Percepção Negativa	19	24,7
Indiferente	11	14,3
Total	77	100,0

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Tabela 13. Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre a sua saúde bucal, Araçatuba, 2025

Faces	Número	Porcentagem
Percepção Positiva	51	66,2
Percepção Negativa	9	11,7
Indiferente	17	22,1
Total	77	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Tabela 14. Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre seus dentes e gengivas, Araçatuba, 2025

Faces	Número	Porcentagem
Percepção Positiva	52	67,5
Percepção Negativa	11	14,3
Indiferente	14	18,2
Total	77	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Tabela 15. Número e percentual das crianças e adolescentes segundo a percepção sobre ir ao dentista, Araçatuba, 2025

Faces	Número	Porcentagem
Percepção Positiva	60	77,9
Percepção Negativa	13	16,9
Indiferente	4	5,2
Total	77	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

3.6. Avaliação do medo dos responsáveis dos alunos ao atendimento odontológico

Nas próximas tabelas são apresentados os dados referentes ao medo dos pais ou responsáveis em relação ao atendimento odontológico. Na **Tabela 16**, estão apresentadas em percentual, a frequência com que os responsáveis deixaram de ir ao dentista por medo ou ansiedade.

**Tabela 16. DFS - Subescala de Fuga ao Atendimento (n=77),
Araçatuba, 2025**

	Adia a consulta	Cancela/Não comparece
Nunca	54,55%	75,32%
Uma ou Duas Vezes	18,18%	14,29%
Algumas Vezes	18,18%	6,49%
Frequentemente	7,79%	2,60%
Quase Sempre	1,30%	1,30%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 17**, são quantificadas a frequência percentual de reações fisiológicas negativas que os pacientes costumam sentir quando são submetidos ao tratamento odontológico.

**Tabela 17. DFS - Subescala de Reações Fisiológicas (n=77),
Araçatuba, 2025**

	Músculos Tensos	Respiração Acelerada	Suor Excessivo	Náusea e Ânsia de Vômito	Coração Acelerado
Nunca	38,96%	44,16%	62,34%	53,25%	35,06%
Uma ou Duas Vezes	18,18%	16,88%	11,69%	20,78%	28,57%
Algumas Vezes	27,27%	20,78%	15,58%	14,29%	16,88%
Frequentemente	10,39%	12,99%	6,49%	7,79%	14,29%
Quase Sempre	5,19%	5,19%	3,90%	3,90%	5,19%

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 18**, são apresentados o grau de medo, ansiedade ou desconforto que as situações relacionadas a exposição de estímulos sensoriais no atendimento odontológico suscitam nos entrevistados.

Tabela 18. DFS - Subescala de Medo Provocado (n=77), Araçatuba, 2025

	Marcar a consulta	Aproximar-se do Consultório	Sala de Espera	Sentar na Cadeira Odontológica	Cheiro do Consultório	Ver o Dentista	Ver a Agulha	Sentir a Agulha Injetando	Ver a Broca	Ouvir o Barulho da Broca	Sentir as Vibrações da Broca	Fazer Limpeza
Nunca	61,04%	59,74%	53,25%	45,45%	59,74%	63,64%	25,97%	23,38%	44,16%	32,47%	42,86%	59,74%
Uma ou Duas Vezes	23,38%	24,68%	31,17%	14,29%	23,38%	15,58%	25,97%	36,36%	22,08%	28,57%	27,27%	18,18%
Algumas Vezes	5,19%	11,69%	6,49%	12,99%	3,90%	7,79%	11,69%	6,49%	5,19%	9,09%	3,90%	6,49%
Frequentemente	7,79%	3,90%	6,49%	19,48%	10,39%	7,79%	16,88%	18,18%	18,18%	14,29%	19,48%	10,39%
Quase Sempre	2,60%	0,00%	2,60%	7,79%	2,60%	5,19%	19,48%	15,58%	10,39%	15,58%	6,49%	5,19%

Na **Tabela 19**, é apresentado a percepção geral do grau de medo, desconforto ou ansiedade que o indivíduo apresenta referente ao atendimento odontológico.

Tabela 19. DFS - Subescala de Medo Geral de Tratamentos Odontológicos (n=77), Araçatuba, 2025

Nunca	36,36%
Uma ou Duas Vezes	28,57%
Algumas Vezes	9,09%
Frequentemente	14,29%
Quase Sempre	11,69%

3.6. Questionário sobre a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal de Crianças

Estão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do B-ECOHIS, que descreve a experiência que os responsáveis vivenciaram com suas crianças, quanto a problemas nos dentes, boca ou maxilares, considerando toda a vida da criança, desde o nascimento. Na **Tabela 20** observam-se as respostas referentes às subescalas do Índice B-ECOHIS.

Tabela 20. Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas de cada componente das subescalas do Índice B-ECOHIS, 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		14	18,2	243	63,1	97	63	121	78,6	92	59,8	104	67,6
Quase nunca		12	15,6	34	8,8	17	11	8	5,2	12	7,8	10	6,5
Às vezes		44	57,1	84	21,8	32	20,8	18	11,7	34	22,1	31	20,1
Com frequência		5	6,5	11	2,9	4	2,6	2	1,3	3	1,9	4	2,6
Com muita frequência		0	0	6	1,6	1	0,7	3	1,9	10	6,5	3	1,9
Não sei		2	2,6	7	1,8	3	1,9	2	1,3	3	1,9	2	1,3
Total		77	100	385	100	154	100	154	100	92	59,8	104	67,6

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 21** verifica-se a subescala do questionário B-ECOHIS que apresentou maior impacto na criança.

Tabela 21. Distribuição numérica e percentual dos responsáveis sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida da criança (n=77) - Índice B-ECOHIS, Araçatuba, 2025

EVENTO						
SINTOMAS	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Sentiu dor de dente, na boca ou maxilares	61	79,2	14	18,2	2	2,6
FUNÇÃO						
Teve dificuldade em beber algo quente/frio	38	49,4	37	48,1	2	2,6
Teve dificuldade em comer certos alimentos	41	53,2	35	45,5	1	1,3
PSICOLÓGICO						
Teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes	27	35,1	49	63,6	1	1,3
Ficou irritada devido a problemas com os dentes	27	35,1	48	62,3	2	2,6
AUTOIMAGEM E INTERAÇÃO SOCIAL						
Evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes	19	24,7	57	74	1	1,3
Evitou falar devido a problemas com os dentes	12	15,6	64	83,1	1	1,3

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

Na **Tabela 22** verifica-se a subescala do questionário B-ECOHIS que apresentou maior impacto na família.

Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual dos responsáveis segundo a percepção do impacto das doenças bucais na família - Índice B-ECOHIS, Araçatuba, 2025

EVENTO						
ANGÚSTIA DOS PAIS	Sim		Não		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Sentiu culpado devido a problemas com os dentes da criança	30	39	45	58,4	2	100
Ficou aborrecido devido a problemas com os dentes da criança	29	37,7	47	61	1	100
FUNÇÃO FAMILIAR						
Teve impacto financeiro devido a problemas com os dentes da criança	21	27,3	55	71,4	1	100
Faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes da criança	27	35,1	49	63,6	1	100

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025

4. DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciam que, apesar dos avanços em políticas públicas e programas escolares de promoção da saúde, a cárie dentária continua apresentando elevada prevalência entre escolares de comunidades vulneráveis. Aproximadamente 56% das crianças avaliadas apresentaram experiência de cárie (ceod/CPOD > 0), corroborando a literatura que aponta a cárie como a doença crônica mais prevalente na infância e que está associada a fatores socioeconômicos, dietéticos e de acesso desigual aos serviços odontológicos (BRASIL, 2025; MARTINS et al., 2014; GRANJA et al., 2025).

Estudos recentes reforçam que as desigualdades sociais estão diretamente relacionadas à distribuição da doença. Uma revisão publicada em 2025 destacou que o contexto socioeconômico desfavorável e a ausência de políticas equitativas perpetuam altos índices de cárie em populações vulneráveis (Amaral et al., 2025). Além disso, a OMS enfatiza que a redução do consumo de açúcares é uma medida central para a prevenção, com potencial de impactar bilhões de pessoas em escala global (WHO, 2025).

Um dado preocupante identificado neste estudo foi que 31% das crianças nunca haviam realizado consulta odontológica prévia. Esse atraso no início do acompanhamento é crítico, considerando que aproximadamente 60% da amostra já apresentava experiência de cárie. A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recomenda que a primeira consulta odontológica ocorra até o primeiro ano de vida, favorecendo a prevenção e o monitoramento do desenvolvimento dentário (AAPD, 2022). Entretanto, pesquisas indicam que, em populações socialmente vulneráveis, o início tardio do acompanhamento é frequente, contribuindo para prevalências mais elevadas de cárie e maior impacto negativo na qualidade de vida (PERES et al., 2020; GRANJA et al., 2025).

O IHOS evidenciou condição regular para a maioria das crianças, resultado semelhante a outras investigações nacionais (PINTO et al., 2013; MARTINS et al., 2018). Embora todos os domicílios dispunham de escova e dentífrico, aproximadamente 40% não possuíam fio dental, refletindo-se na percepção negativa ou indiferente quanto ao seu uso. Muitas crianças desconhecem a importância e a função do fio dental, indicando a necessidade de incentivo ao seu uso como hábito parental. Esses achados reforçam a importância de estratégias educativas contínuas e do envolvimento dos cuidadores para consolidar práticas adequadas de higiene bucal, garantindo que as crianças compreendam e adotem o fio dental como parte da rotina diária de autocuidado (FERRAZ; CARVALHO, 2022).

Outro achado relevante foi a presença de má oclusão em quase 60% da amostra, resultado que corrobora os achados de outras pesquisas recentes que estimam prevalências igualmente elevadas em adolescentes (QIAO et al., 2024; MARTINS et al., 2022). Considerando os impactos negativos dessa condição, como alterações funcionais do sistema estomatognático e prejuízos psicossociais que comprometem a qualidade de vida, torna-se evidente a necessidade de políticas públicas que incluam ações de ortodontia preventiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), associadas ao diagnóstico precoce e ao encaminhamento oportuno para acompanhamento especializado; tais medidas podem evitar repercussões mais severas ao longo da vida e reduzir desigualdades no acesso ao tratamento ortodôntico (SULIANO et al., 2007).

O medo odontológico dos pais também se destacou como fator crítico. Os resultados confirmam achados de Hussein et al. (2021) e Alzahrani et al. (2024), que demonstram correlação significativa entre a ansiedade dos responsáveis e a cooperação infantil no tratamento odontológico. Em comunidades vulneráveis, experiências negativas tendem a ser transmitidas intergeracionalmente, perpetuando ciclos de evasão do cuidado preventivo. Um estudo de 2024 relatou que crianças cujos pais apresentavam altos níveis de ansiedade cooperavam em apenas 40% dos atendimentos, enquanto aquelas com pais menos ansiosos cooperavam em 85%, indicando que a ansiedade parental é um forte preditor de resistência ao tratamento infantil (KHINDA et al., 2024).

O impacto das doenças bucais na qualidade de vida foi evidente: quase 80% das crianças relataram episódios de dor de dente, com repercussões no sono, alimentação e convívio social. Esses achados corroboram estudos que apontam a saúde bucal como determinante do bem-estar físico, psicológico e social, afetando autoestima e desempenho escolar (JOKOVIC et al., 2002; SANTOS, SOUZA; FREIRE, 2020).

Outro ponto relevante refere-se ao contexto da escola em tempo integral. Apesar de ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas de saúde, a rotina dessas instituições frequentemente inclui múltiplas refeições ao longo do dia, nem sempre acompanhadas de oportunidades adequadas para higienização bucal. Estudos realizados em escolas do nordeste brasileiro mostraram que a implementação de programas educativo e preventivos resultou em melhora significativa no IHOS, com alta redução nos escores médios, evidenciando a eficácia de ações como escovação supervisionada e atividades educativas (SILVA; PEREIRA, 2023). Revisões sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) indicam que estratégias estruturadas, envolvendo escovação diária supervisionada, aplicação tópica de flúor, distribuição de kits de higiene e campanhas educativas, contribuem para reduzir a prevalência de cáries e doenças periodontais, reforçando a importância da escola como espaço de promoção da saúde. Dessa forma, a escola de tempo integral atua como agente formador de comportamentos de autocuidado, estabelecendo práticas preventivas que podem se manter ao longo da vida (OLIVEIRA; COSTA, 2025).

Embora muitas crianças relatem percepções positivas quanto à sua saúde bucal, observou-se discrepância entre a autopercepção e o quadro clínico, fenômeno descrito por Nery, Jordão e Freire (2019). Esse contraste reforça a necessidade de ações educativas que alinhem a percepção subjetiva das crianças à realidade clínica, promovendo maior consciência e adesão aos cuidados preventivos.

Os resultados encontrados na presente pesquisa, podem não refletir a real situação epidemiológica dos alunos da escola analisada, já que nem todos os estudantes participaram da pesquisa, em razão dos pais ou responsáveis não terem retornado os TCLE em tempo hábil, dessa maneira, o estudo deverá continuar a fim de que toda população alvo seja atingida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a saúde bucal das crianças avaliadas apresenta um quadro preocupante, marcado por elevada prevalência de cárie dentária, presença significativa de má oclusão e condições de higiene oral classificadas majoritariamente como regulares. Além disso, verificou-se que um número considerável de crianças nunca havia consultado o cirurgião-dentista e não possuíam fio dental nos seus domicílios, refletindo-se em percepções negativas ou indiferentes em relação ao seu uso desse instrumento de higienização. Tais achados confirmam a influência do contexto socioeconômico e familiar sobre os hábitos de saúde, reforçando a necessidade de políticas públicas mais equitativas e de estratégias educativas contínuas no ambiente escolar.

O impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças e de suas famílias também se mostrou expressivo, destacando-se a dor, a dificuldade de se alimentar e a limitação em atividades sociais, além de repercussões emocionais e financeiras. O medo e a ansiedade dos pais em relação ao atendimento odontológico revelaram-se fatores de risco para a adesão tardia da criança ao acompanhamento profissional, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade em saúde bucal.

Diante desse cenário, recomenda-se que as escolas de tempo integral, em parceria com a Estratégia Saúde da Família, ampliem ações preventivas como a escovação supervisionada, campanhas de incentivo ao uso do fio dental, acesso ao tratamento odontológico precoce e políticas de redução do consumo de açúcar são medidas práticas e viáveis, além da capacitação dos professores em saúde bucal. Tais medidas, somadas à orientação e ao acolhimento dos responsáveis, podem contribuir para a formação de hábitos saudáveis e para a redução das desigualdades em saúde.

6. CONCLUSÃO

As crianças pesquisadas apresentam percepção positiva em relação a aspectos relacionados a saúde bucal, entretanto a higienização bucal mostrou-se regular e existem sextantes com cálculo dentário. A prevalência de má oclusões e cárie é alta e as necessidades de tratamento são menos complexas. Os responsáveis apresentaram um elevado nível de medo e ansiedade ao tratamento odontológico. A saúde bucal influenciou na qualidade de vida tanto das crianças, quanto dos pais.

Referências:

- ALZHRANI, S. S. et al. The influence of parental dental anxiety on children's dental visits: a cross-sectional study. *International Journal of Medical Oral Sciences*, v. 13, n. 2, p. 45–52, 2024.
- AMARAL, M. T. et al. Dental caries and the Sustainable Development Goals: a scoping review. *BMC Oral Health*, v. 25, n. 87, 2025. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-025-05587-1>. Acesso em: 27 ago. 2025.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Policy on the dental home. *Reference Manual*, v. 44, n. 6, p. 29–31, 2022.
- ARCIERI, R. M. Análise do conhecimento de professores de Educação Básica sobre saúde bucal. *Revista Brasileira de Educação*, v. 18, n. 53, p. 205–221, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/zmVHm9Yx4cLK7zCxgW4pcsR/>. Acesso em: 31 ago. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 537 p.: il.
- CAMPOS, J. A. D. B.; GARCIA, P. P. N. S. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. *Ciênc. Odontol. Bras.*, n. 7, n. 1, p. 58–65, 2004.
- FERRAZ, C. S.; CARVALHO, F. S. de. Educação em saúde bucal: estratégias de prevenção para escolares. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 45–52, 2022.
- GALVÃO, M. H. R.; RONCALLI, A. G. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1, p. 541, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10586-2>.
- GARBIN, C. A. S. et al. Saúde bucal no ambiente escolar: percepção e conhecimento de professores da rede pública de ensino. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 19, n. 9, p. 3741–3748, 2014.
- GRANJA, G. L. et al. Desigualdades sociais e saúde bucal infantil: desafios para políticas públicas em comunidades vulneráveis. *Revista de Saúde Pública*, v. 59, p. 12–19, 2025.
- GREENE, J. C.; VERMILLION, J. R. Simplified oral hygiene index. *Journal of the American Dental Association*, v. 68, n. 1, p. 7–13, 1964.
- HUSSEIN, A. S. et al. Correlation between parental anxiety and children's behavior during dental treatment. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, v. 22, n. 1, p. 1–7, 2021.

JOKOVIC, A. et al. Development of a questionnaire for measuring oral-health-related quality of life in children. *Pediatric Dentistry*, v. 24, n. 6, p. 477–485, 2002.

KHINDA, R. et al. Parental dental anxiety and child cooperation during dental visits. *International Journal of Pediatric Dentistry*, v. 34, n. 3, p. 221–230, 2024.

LORISH, C. D.; MAISIAK, R. The face scale: a brief, nonverbal method for assessing patient mood. *Arthritis & Rheumatology*, v. 29, n. 7, p. 906–909, 1986.

MARCONDES, L. F. et al. Associação entre dor dentária, uso de serviços odontológicos e absenteísmo escolar em crianças. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 24, p. e200013, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210013>.

MARTINS, C. C. et al. Impacto das doenças bucais na qualidade de vida de crianças: revisão sistemática. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, v. 24, n. 2, p. 142–150, 2014.

MARTINS, R. J. et al. Hall Technique and silver diamine fluoride for managing carious primary teeth: a clinical update. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 31, n. 6, p. 669–678, 2021.

MARTINS, T. P. et al. Global prevalence of malocclusion in primary dentition: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 12, p. 7446, 2022.

NERY, N. G. et al. Promoção da saúde bucal no ambiente escolar: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, supl. 1, e190006, 2019.

OLIVEIRA, F. S.; COSTA, L. A. Saúde bucal no Programa Saúde na Escola: revisão narrativa de literatura. Repositório UFSC, Florianópolis, 2025.

Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/266060/Sa%C3%BAde%20Bucal%20no%20Programa%20Sa%C3%BAde%20na%20Escola%20uma%20revis%C3%A3o%20narrativa%20de%20literatura.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 ago. 2025.

PAHEL, B. T. et al. Development of a scale for measuring the impact of oral health on quality of life of preschool children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 35, n. 2, p. 130–137, 2007.

PERES, M. A. et al. Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, v. 395, n. 10219, p. 186–198, 2020.

PINTO, T. S. et al. Avaliação do índice de higiene oral simplificado em escolares de Araçatuba-SP. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 70, n. 4, p. 245–252, 2013.

QIAO, F. et al. Prevalence of malocclusion in primary dentition: a systematic review and meta-analysis (2010–2024). *European Journal of Orthodontics*, v. 46, n. 2, p. 220–229, 2024.

SANTOS, G. S. F. da; SANTOS, L. C. B. dos. Atenção básica de saúde oral em pacientes portadores de má oclusão dentária. *Archives of Health Investigation*, v. 7, 2018.

SANTOS, P. R. A. et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de escolares: revisão integrativa. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 20, e0105, 2020.

SILVA, G. D. G. Conhecimento sobre saúde bucal entre estudantes e profissionais de educação de uma escola da periferia de João Pessoa. *Revista Brasileira de Educação*, v. 29, n. 1, p. 1–13, 2024. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10265375.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2025.

SILVA, M. R.; PEREIRA, J. A. Avaliação de programas educativo-preventivos em saúde bucal em escolares de tempo integral. *Revista de Saúde Pública do Vale do São Francisco*, v. 12, n. 2, p. 45–53, 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/download/174/135>. Acesso em: 27 ago. 2025.

SULIANO, A. A. et al. Prevalence of malocclusion and its association with functional alterations of the stomatognathic system in schoolchildren. *Dental Press Journal of Orthodontics*, v. 12, n. 6, p. 70–77, nov./dez. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2176-94512007000600010>.

TESCH, F. et al. Versão brasileira do Early Childhood Oral Health Impact Scale (B-ECOHIS). *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 69, n. 4, p. 245–252, 2008.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Removing sugar from diet can save 2.5 billion people from dental caries. *Times of India*, 2025. Disponível em: <https://timesofindia.indiatimes.com/life-style/health-fitness/health-news/who-says-removing-sugar-from-diet-can-save-2-5-billion-people-from-this-disease/articleshow/123415460.cms>. Acesso em: 27 ago. 2025.