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

Diego Parisati

Percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo

Araçatuba – SP

2017

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

Diego Parisati

Percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo

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

Orientador: Prof. Dr. Ronald Jefferson Martins

Araçatuba – SP

2017

Dedicatória

Sempre busquei realizar o sonho de obter formação de nível superior em uma instituição exemplar como a FOA- UNESP e não seria possível sem o apoio de minha dedicada e amorosa mãe Lucimara, que não mediu forças para que eu alcançasse o meu objetivo, me dando todo o amparo e suporte no decorrer desses sete anos de lutas e conquistas. Dedico, também, ao meu pai Fábio, que sempre me ajudou em momentos difíceis dando apoio e motivação. À meu irmão Henrique, meu maior exemplo de vida e que me deu muita força para seguir. Devo-lhes os ensinamentos e integridade que me passaram ao decorrer de toda minha vida, e se hoje colho bons frutos em minha jornada, foi tudo graças à vocês.

Aos meus amigos, que convivi durante todos esses anos e hoje os considero minha família em Araçatuba, obrigado por estarem sempre ao meu lado.

A todos os professores que investiram seu conhecimento e tempo para minha formação acadêmica, pessoal e profissional.

Agradecimentos

Ao Professor Ronald, por toda orientação, apoio e atenção dedicados a mim, sem medir esforços para me oferecer a melhor formação acadêmica possível.

À doutoranda Naiana de Melo Belila, pela ajuda e paciência, além de aceitar ser banca desse trabalho de conclusão de curso.

Ao Professor André Bertoz, pela disponibilidade e atenção, aceitando ser banca desse trabalho.

A todos colaboradores da instituição beneficente João Arlindo pela colaboração com o projeto.

A todos do Departamento de Odontologia Infantil e Social que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas que por todos esses anos dividimos experiências e dias de agradável união e convivência.

A todos os professores da FOA – UNESP pelos conhecimentos transmitidos.

Aos demais participantes do projeto de extensão pela ajuda na realização do trabalho.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" pela possibilidade da graduação em Odontologia.

Epígrafe

“Somos o que fazemos para transformar o que somos.”

Eduardo Galeano

Parisati, D. **Percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo.** 2017. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

RESUMO

No Brasil, a cárie dentária persiste como a principal doença a ser combatida, estando polarizada nos indivíduos de menor nível socioeconômico e cultural. Essa doença bucal ocasiona muitos aspectos negativos na vida das crianças e adolescentes, sendo que a percepção dos pais sobre esta influência na vida dos filhos depende de sua cultura, crenças, costumes e meio em que vive. Além disso, as doenças bucais dos filhos podem ter impacto na rotina das famílias. Frente a estas constatações, objetivou-se neste estudo verificar a prevalência de cárie dentária, o índice de higiene oral e de maloclusão das crianças e adolescentes em situação de risco social de uma associação beneficente do município de Araçatuba-SP. Além disso, a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar. Observou-se a higienização bucal das crianças e adolescentes por meio do cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Realizou-se levantamento epidemiológico de cárie dentária e necessidades de tratamento por meio dos índices CPO-D, ceo-d e de Necessidade de Tratamento. Utilizou-se o Índice de Maloclusão para verificar a presença de anormalidades dento-faciais e aplicou-se os questionários: Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), para avaliar as percepções dos pais ou responsáveis sobre o impacto das doenças bucais nos filhos e Family Impact Scale (FIS), para avaliar o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar. 156 crianças e adolescentes realizaram o IHOS, 150 o índice de maloclusão, 136 o índice CPO-D e ceo-d. Ainda, 56 pais ou responsáveis responderam aos questionários P-CPQ e FIS. 97 (62,2%) dos pesquisados apresentavam IHOS regular, 71 (46,7%) maloclusão leve, 75 (55,1%) e 62 (45,6%) índices CPO-D e ceo-d, respectivamente, maiores que zero. Em relação ao questionário P-CPQ, 41,1% dos pais responderam que o bem-estar geral do filho era afetado “nem

um pouco” ou “só um pouquinho” pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca. Quanto ao FIS, a subescala que mais interferiu na rotina familiar foi “Atividade dos pais/família”. As crianças e adolescentes participantes da pesquisa apresentam em sua maioria higienização regular, maloclusão leve, grande número de dentes atacados pela cárie dentária e várias necessidades acumuladas. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é insuficiente, havendo maior percepção na subescala “sintomas bucais”. Além disso, as doenças bucais apresentam grande impacto sobre a rotina familiar.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Saúde Bucal, Desigualdades em Saúde, Iniquidade Social, Grupos de Risco, Qualidade de Vida

Parisati, D. Parents' perception of the impact of oral diseases on the quality of life of the children of the João Arlindo Charitable Association. 2017. 39p. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

ABSTRACT

In Brazil, dental caries persists as the main disease to be combated, being polarized on individuals of lower socioeconomic and cultural level. This oral disease causes many negative aspects on children's and adolescents' lives. The parents' perception of this influence depends on their culture, beliefs, customs and the environment they live in. In addition, oral diseases may have an impact on the routine of families. Therefore, this study aimed to verify the prevalence of dental caries, oral hygiene index and malocclusion index of children and adolescents on social risk situations of a Beneficent Association in Araçatuba city, and also the parents 'or guardians' perception, regarding the impact of oral diseases, on their children's quality of life and family routine. Children's and adolescents' oral hygiene was assessed using the Simplified Oral Hygiene Index (IHOS). An epidemiological survey of dental caries and treatment needs were performed using the CPO-D, ceo-d and Need for Treatment indexes. The malocclusion index was used to verify the presence of dental and facial abnormalities and the quiz "Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire" (P-CPQ) were applied, to evaluate the parents' or guardians' perceptions on the children's oral diseases impacts and Family Impact Scale (FIS), to evaluate the impact of oral and facial diseases of adolescents on the family routine. 156 children and adolescents performed the IHOS, 150 the malocclusion index, 136 the CPO-D index and ceo-d. Still, 56 parents or guardians answered the P-CPQ and FIS questionnaires. 97 (62.2%) of the respondents had regular IHOS, 71 (46.7%) had mild malocclusion, 75 (55.1%) and 62 (45.6%) CPO-D and ceo-d, respectively, less than zero. Regarding the P-CPQ questionnaire, 41.1% of the parents answered that the general well-being of the child was affected "not at all" or "only a little" by the condition of their teeth, lips, jaws or mouth. As for FIS, the subscale that most interfered in the family routine was "Parent / family activity". The children and adolescents

that have participated on the research have mostly regular hygiene, mild malocclusion, large number of teeth attacked by dental caries and several accumulated needs. Parents' perception on the impact of oral diseases in children's quality of life is not enough, with a higher perception on the subscale "oral symptoms". In addition, oral diseases have a major impact on the family routine.

Keywords: Health Promotion, Oral Health, Health Inequalities, Social Inequity, Risk Groups, Quality of life

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o IHOS, Araçatuba, 2017 24

Tabela 2- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Maloclusão, Araçatuba, 2017 25

Tabela 3- Frequência absoluta e relativa do índice CPO-D, Araçatuba, 2017 25

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa do índice ceo-d, Araçatuba, 2017 26

Tabela 5- Número de indivíduos examinados, Índice ceo-d e desvio padrão segundo a idade, Araçatuba, 2017 26

Tabela 6- Número de indivíduos examinados, Índice CPO-D e desvio padrão segundo a idade, Araçatuba, 2017 27

Tabela 7- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPO-D, Araçatuba, 2017 27

Tabela 8- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceo-d, Araçatuba, 2017 28

Tabela 9- Número e porcentagem dos indivíduos sem e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2017 28

Tabela 10- Número e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2017 29

Tabela 11- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2017 30

Tabela 12- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2017 30

Tabela 13- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2017 31

Tabela 14- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2017 32

Tabela 15- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2017 33

Tabela 16- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2017 33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Análise do Índice de Higiene Oral Simplificado 19

Figura 2- Levantamento epidemiológico das doenças bucais 20

Figura 3- Palestra educativa sobre saúde bucal 22

Figura 4- Aplicação dos questionários P-CPQ e FIS aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes 23

LISTA DE ABREVIATURAS

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

SUMÁRIO

1	Introdução	15
2	Objetivo	18
3	Matérias e Métodos	19
4	Resultados e Discussão	24
5	Conclusão	35
	Referências	36

1.INTRODUÇÃO

A saúde bucal, como parte integrante e indissociável da saúde geral, é essencial para a qualidade de vida. Todo indivíduo deve ter uma saúde bucal que lhe permita desenvolver as atividades fonéticas e mastigatórias; bem como estar de acordo com sua estética e ausência de dor ou desconforto (Petersen, 2003).

A infância é uma importante fase para o desenvolvimento da saúde bucal, necessitando de cuidados odontológicos especiais voltados para essa etapa da vida, onde as crianças estão sujeitas a problemas de saúde bucal que podem causar impacto em sua vida diária a curto e longo prazo. Dentre as doenças bucais mais relevantes, a cárie dentária e oclusopatias apresentam elevados índices nessa idade (Garbin et al., 2010).

A cárie dentária e outras doenças bucais refletem inúmeros aspectos negativos na vida dos indivíduos, principalmente na fase da infância e adolescência, gerando experiências desagradáveis como a dor, que ocasionam dificuldades para mastigar, falar, deglutir, a falta de apetite, baixa auto-estima, mudanças de comportamento e baixo rendimento escolar (Paredes et al., 2014).

Estudos mostram que nas últimas décadas, a cárie dentária apresentou grande declínio nos países industrializados (Nadanovsky, 2000), onde 70% desses países têm alcançado as metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (Nishi et al., 2002). No Brasil entre os anos de 2003 e 2010 houve uma diminuição de 17% no número de escolares com cárie dentária aos 12 anos e o índice de dentes cariados, extração indicada e obturados (índice ceo-d) realizados em crianças de 5 anos indicou redução considerável (Brasil, 2012).

A diminuição no índice aponta para múltiplos fatores e métodos utilizados como: a educação em saúde, a melhoria do acesso aos cuidados bucais, incluindo a higiene bucal supervisionada e emprego dos selantes oclusais, o uso de dentifrícios e água de abastecimento público fluoretada, que se mostraram eficientes para a redução na experiência da doença cárie e melhora na condição bucal observada na atualidade (Basting et al., 1997; Narvai et al., 1999).

A cárie dentária possui uma etiologia complexa, integrando condições biológicas, ambientais e sociais. Mesmo com a redução do índice de cárie nas últimas décadas, existe grande iniquidade na experiência e distribuição da doença no Brasil. Tal fenômeno é conhecido como polarização, onde a parcela mais carente da população concentra quase toda a carga da doença (Oliveira et al., 2013).

Outro problema que afeta a saúde bucal de indivíduos nessa etapa da vida são as oclusopatias, cada vez mais em evidência, sendo um problema de saúde pública, pois apresenta alta prevalência e pode interferir negativamente na qualidade de vida e estado da saúde geral do individuo, com o comprometimento de sua capacidade mastigatória, estética e fonética; o que prejudica sua interação social e bem-estar psicológico (Freire et al., 2010). A maloclusão normalmente apresenta origem genética; entretanto, pode ser agravada por hábitos inadequados, como chupar o dedo ou fazer o uso prolongado da chupeta e da mamadeira, bem como consequências da cárie devido à perda precoce de dentes (Pastana et al.,2007).

Por sua vez, o conhecimento e a percepção dos pais sobre a saúde bucal estão intimamente relacionados aos maus hábitos de higiene e alimentação das famílias, influenciando diretamente na condição de saúde bucal dos seus filhos (Castilho et al., 2013).

É no seio familiar onde ocorrem as primeiras identificações do indivíduo, constituindo a principal fonte de estímulo para o desenvolvimento de sua personalidade e essa influência se deve ao contexto cultural e as características particulares de cada família (Oliveira et al., 2013). Desta forma, os pais exercem papel fundamental na prevenção das enfermidades bucais, na motivação para a melhoria da higiene bucal e prevenção de lesões cariosas em seus filhos (Soares et al., 2013a).

As famílias pertencentes às classes socioeconômicas mais baixas dispõem de pouco acesso à informação e aos serviços de saúde, como tratamentos preventivos e curativos, sendo esta falta de acesso uma das principais barreiras coletivas e individuais a serem enfrentadas (Oliveira et al., 2013).

A Associação Beneficente Batista João Arlindo, objeto desta pesquisa, atende crianças e adolescentes de 5 a 14 anos em situação de vulnerabilidade

e/ou risco social que moram em bairros periféricos e com famílias de baixa renda no município de Araçatuba-SP. São atendidas, hodiernamente, 180 crianças nos períodos de manhã e tarde em contra turno escolar, podendo permanecer na associação apenas as crianças e adolescentes que estejam frequentando a escola com no mínimo de 75% de presença no bimestre. O propósito é a proteção e defesa dos direitos da criança e adolescente por meio de programas que promovam a sociabilidade, fortaleçam vínculos comunitários e de afetividade, fomentem a reflexão acerca da solidariedade e respeito mútuo, fortaleçam o exercício de educação escolar, garantam o acesso ao lazer e desenvolvam potencialidades, habilidades e talentos, por meio da ampliação do universo informacional, artístico, comunitário e social (Martins et al., 2017).

Em consonância a proposta da associação e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que aponta a educação e a saúde como direitos e princípios básicos para o desenvolvimento da criança (Brasil, 1990), o projeto “Prevenção e recuperação da Saúde Bucal em crianças e adolescentes em situação de risco social da Associação Beneficente João Arlindo” tem por objetivo desenvolver ações e atividades educativas, preventivas e curativas, em prol da saúde bucal dessa população, além de difundir na população a consciência crítica das causas reais de seus problemas, criando um espírito para mudança (Martins et al., 2017).

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

- levantamento do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) das crianças e adolescentes.
- levantamento da prevalência de cárie e de maloclusão dos integrantes do projeto.
- aplicação de um questionário a fim de avaliar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

2. Objetivo

O presente estudo objetivou verificar a prevalência de cárie dentária, o índice de higiene oral e de maloclusão das crianças e adolescentes em situação de risco social de uma Associação Beneficente do município de Araçatuba-SP. Além disso, a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

3. Materiais e Métodos

A população do estudo constituiu-se por todas as crianças e adolescentes de 5 a 14 anos matriculadas na Associação Beneficente Batista João Arlindo do município de Araçatuba-SP em 2017. Foi explicitado aos pais ou responsáveis o objetivo da pesquisa e posterior utilização dos dados coletados, participando do estudo as crianças e adolescentes que tiveram a autorização assinada e estavam presentes no dia da coleta de dados.

A higienização bucal das crianças e adolescentes foi observada por meio do cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (Greene e Vermillion, 1964). Originalmente, o IHOS é um índice composto por dois subíndices; um para medir placa e outro para tártaro, sendo o IHOS obtido pela soma dos dois. Entretanto, considerou-se o valor do subíndice para placa como o próprio IHOS. A somatória dos códigos na faixa de 0 a 1,0 classificava a higienização do indivíduo como “ótima”, na faixa de 1,1 a 2,0 como “regular” e entre 2,1 e 3,0 como “ruim” (Pinto et al., 2013).

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



Figura 1- Análise do Índice de Higiene Oral Simplificado

O levantamento epidemiológico de cárie dentária e necessidades de tratamento foi realizado baseado no Caderno de Instruções do Levantamento

Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População do Estado de São Paulo de 1998 (São Paulo, 1998) e na quarta edição do manual de Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal da OMS de 1999 (OMS, 1999). Utilizou-se os índices CPO-D para dentição permanente, ceo-d para dentição decídua e de Necessidade de Tratamento. Os exames foram realizados no pátio da associação sob luz natural, com a ajuda de um espelho bucal plano; uma sonda proposta pela OMS, conhecida como “sonda CPI” e ficha adaptada com base na ficha simplificada da OMS para a coleta dos dados. Adotaram-se as medidas de biossegurança vigentes a fim de proteger tanto a equipe de pesquisa, como os que se submeteram aos exames. **Figura 2**



Figura 2- Levantamento epidemiológico das doenças bucais

A equipe foi constituída por um único examinador calibrado, uma anotadora e um monitor responsável por organizar a fila. Foram realizados exames em duplicata em 10% dos examinados para a detecção de possíveis mudanças de diagnóstico no decorrer dos exames. Verificou-se, por meio do teste estatístico Kappa, concordância de diagnóstico intraexaminador muito alta (K = 0,97).

Utilizou-se o Índice de Maloclusão para verificar a presença de anormalidades dento-faciais (OMS, 1991). 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, ou aparência facial, ou problemas fonéticos).

Foram entregues aos pais ou responsáveis os questionários:

a) Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ). Consiste em um questionário composto de 35 perguntas que avaliam as percepções dos pais ou responsáveis sobre os impactos das doenças bucais (por exemplo: cárie, maloclusão, etc.) na qualidade de vida dos seus filhos. As questões 1 e 2 referem-se à percepção global dos responsáveis sobre a saúde bucal e o bem-estar geral do adolescente, onde as respostas possíveis para a questão 1 vão de “excelente” a “ruim” e para a questão 2 vão de “nem um pouco” a “muitíssimo”. As demais questões dividem-se em quatro amplas categorias: sintomas bucais (questões 3 a 8), limitações funcionais (questões 9 a 16), bem-estar emocional (questões 17 a 24), bem-estar social (questões 25 a 35). As opções de resposta são em escala tipo Likert, variando de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = uma ou duas vezes; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = todos os dias ou quase todos os dias). A opção de resposta “Não sei” foi marcada como “0” (zero), baseado nos estudos de Jokovic et al. (Jokovic et al., 2003; Barbosa e Gavião, 2012), pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais. A pontuação total é obtida pela soma dos escores de todas as questões. Quanto maior a pontuação, maior o impacto das doenças bucais na qualidade de vida (Barbosa e Gavião, 2012). O P-CPQ foi originalmente desenvolvido no idioma inglês, em Toronto, Canadá, por Jokovic et al. (Jokovic et al., 2002; Jokovic et al., 2003) e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Barbosa et al. (Barbosa 2010), mostrando-se válido e confiável para a avaliação da percepção de pais (Barbosa e Gavião, 2012).

b) Escala de Impacto Familiar – FIS (Family Impact Scale), para avaliar o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar (Locker, 2002). Foi desenvolvida no Canadá por Jokovic (Jokovic et al., 2002) e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Goursand et al. (Goursand et al., 2009). Esta escala é composta por 14 itens, que são divididos em quatro subescalas: a atividade dos pais/família (PA), composto pelas questões de 1 a 5; emoções familiares (PE), pelas questões de 6 a 9; e o conflito familiar (FC), pelas questões de 10 a 13. A

subescala de encargos financeiros (FB) é um item avaliado separadamente, uma vez que dispõe de uma única questão (questão 14) e aborda o impacto econômico dentro da família, em vez de psicossocial ou comportamental. As perguntas são referentes a eventos que ocorreram nos últimos três meses e as opções de resposta são em escala tipo Likert, variando de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = uma ou duas vezes; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = todos os dias ou quase todos os dias). A opção de resposta “Não sei” foi marcada como “0” (zero), baseado nos estudos de Jokovic et al. (Jokovic et al., 2003), pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais. **Figuras 3 e 4**



Figura 3- Palestra educativa sobre saúde bucal



Figura 4- Aplicação dos questionários P-CPQ e FIS aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes

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

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12.

4. Resultados e Discussão

O universo amostral do estudo era composto por 180 crianças e adolescentes, pertencentes aos períodos da manhã e tarde. Destes, 156 (86,7%) realizaram o IHOS, 150 (83,3%) o índice de maloclusão, 136 (75,6%) o índice CPO-D e ceo-d. Ainda, participaram 56 pais ou responsáveis presentes na reunião mensal da associação, onde assistiram uma palestra educativa sobre saúde bucal e responderam aos questionários P-CPQ e FIS.

Na **Tabela 1**, observa-se que na maioria a condição de higienização da população estudada apresentava-se na faixa “regular” (62,2%) (Pinto, 2013).

Tabela 1- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o IHOS (n=156), Araçatuba, 2017

IHOS	Número	Porcentagem
0 a 1 - BOM	3	1,9
1,1 a 2 - REGULAR	97	62,2
2,1 a 3 - RUIM	56	35,9
Total	156	100

Os pacientes não realizam corretamente a higienização bucal devido à desinformação, deficiência motora, falta de orientação ou ausência de instrumental adequado (Petry e Pretto, 2003). Acreditamos que, apesar da melhora observada com o desenvolvimento do projeto, a falha na higienização é por conta da falta de material adequado (escova dental, dentifrício e fio dental), ou mesmo pelo compartilhamento de escovas no domicílio do indivíduo.

Na **tabela 2**, verifica-se a presença de anormalidades dento-faciais em 56% dos indivíduos pesquisados.

Tabela 2- Número e porcentagem das crianças e adolescentes segundo o Índice de Maloclusão (n=150), Araçatuba, 2017

Índice de Maloclusão	Número	Porcentagem
0 - Ausência de maloclusão	55	44
1 - Maloclusão leve	71	46,7
2 - Maloclusão moderada ou severa	24	9,3
Total	150	100

O resultado encontrado corrobora o achado de outros estudos na população brasileira, que revelam alta porcentagem de crianças com algum tipo de alteração oclusal (Bittencourt e Machado, 2010; Brasil, 2012). Deve ser destacada a carência de políticas públicas que assegurem o acesso das populações menos favorecidas socioeconomicamente, aos tratamentos preventivos simples e aos tratamentos mais complexos dessa patologia (Bittencourt e Machado, 2010).

As **tabelas 3 e 4**, mostram as frequências dos índices CPO-D e ceo-d.

Tabela 3- Frequência absoluta e relativa do índice CPO-D (n=136), Araçatuba, 2017

Índice CPO-D	Número	Porcentagem
0	61	44,9
1	25	18,4
2	20	14,7
3	14	10,3
4	10	7,4
5	4	2,9
6	1	0,7
7	1	0,7
Total	136	100

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa do índice ceo-d (n=136), Araçatuba, 2017

Índice ceo-d	Número	Porcentagem
0	74	54,4
1	8	5,9
2	14	10,3
3	13	9,6
4	11	8,1
5	1	0,7
6	5	3,7
7	4	2,9
8	5	3,7
12	1	0,7
Total	136	100

As **tabelas 5 e 6** revelam os valores dos índices CPO-D e ceo-d segundo a idade.

Tabela 5- Número de indivíduos examinados, Índice CPO-D e desvio padrão segundo a idade (n=136), Araçatuba, 2017

Idade	Número	CPO-D	Desvio Padrão
5	2	0	0
6	9	0,44	0,72
7	23	0,43	0,78
8	29	0,82	1,1
9	18	1,83	1,57
10	11	1,45	1,44
11	16	1,5	1,26
12	19	3,21	2,01
13	6	1	1,26
14	3	3,33	0,57

Tabela 6- Número de indivíduos examinados, Índice ceo-d e desvio padrão segundo a idade (n=136), Araçatuba, 2017

Idade	Número	ceo-d	Desvio Padrão
5	2	0	0
6	9	1,22	2,53
7	23	3,04	2,91
8	29	2,69	2,8
9	18	3,22	2,36
10	11	1	1,41
11	16	0,37	0,88
12	19	0	0
13	6	0	0
14	3	0	0

Nas **Tabelas 7 e 8**, observa-se os índices CPO-D e ceo-d conforme os seus componentes.

Tabela 7- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice CPO-D, Araçatuba, 2017

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	65	0,48	36,1
Obturados/Cariados	8	0,06	4,4
Obturados	107	0,79	59,5
Perdidos	0	0	0
CPOD	180	1,32	100

Tabela 8- Número, média e porcentagem dos componentes do Índice ceo-d, Araçatuba, 2017

Condição	Número	Média	Porcentagem
Cariados	113	0,83	48,3
Obturados/Cariados	11	0,08	4,7
Obturados	110	0,81	47
Perdidos	0	0	0
ceo	234	1,72	100

No Brasil, a cárie dentária persiste como a doença de maior relevância na população, apesar do declínio observado nos índices nos estados e municípios (Guidetti, 2013), fato revelado no relatório do SB Brasil 2010 que mostrou alta porcentagem de dentes atacados pela cárie nos brasileiros, onde o componente cariado foi o principal componente do índice (Brasil, 2012). Esse achado concorda com os resultados do presente estudo.

Na **tabela 9**, verifica-se o indicador de saúde do percentual de crianças livres de cárie (CPO-D e ceo-d = 0).

Tabela 9- Número e porcentagem dos indivíduos sem e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2017

Idade	Sem cárie		Com cárie		Total	
	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem	Número	Porcentagem
5	2	100	0	0	2	100
6	5	50	5	50	10	100
7	5	21,7	18	78,3	23	100
8	6	18,2	27	81,8	33	100
9	2	10,5	17	89,5	19	100
10	1	9,1	10	90,9	11	100
11	4	25	12	75	16	100
12	2	10,5	17	89,5	19	100
Total	27	20,3	106	79,7	133	100

O declínio da cárie no país tem permitido a constatação do fenômeno da polarização da doença, que consiste na sua distribuição não uniforme e

concentração nos grupos de situação socioeconômica mais baixa. Este fenômeno é caracterizado pelo aumento do percentual de crianças livres de cárie (Martins et al., 2006; Narvai et al., 2006; Oliveira et al., 2013). Na pesquisa, observou-se baixa porcentagem de crianças livres de cárie entre os pesquisados (20,3%).

Em relação à necessidade de tratamento, a necessidade mais prevalente era o tratamento restaurador de uma face, como mostra a **tabela 10**.

Tabela 10- Número e porcentagem de dentes segundo as necessidades de tratamento, Araçatuba, 2017

Necessidade de Tratamento	Número	Porcentagem
Obturação 1 superficie	148	75,1
Obt. 2 ou mais superficies	47	23,9
Extração do dente	2	1
Total	197	100

O grande número de necessidades acumuladas nesta população pode indicar a falta de acesso a atividades e ações educativas, preventivas e curativas em saúde bucal (Soares et al., 2013b; Oliveira et al., 2013), além das desenvolvidas na associação.

A primeira questão do questionário P-CPQ referia-se sobre como o responsável classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxiliares e boca de seu filho, onde 35,7% dos indivíduos responderam que a consideravam como “regular ou ruim”. A segunda questão era referente o quanto o bem-estar geral do filho era afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca, onde 41,1% responderam “nem um pouco” ou “só um pouquinho”. **Tabelas 11 e 12**

Tabela 11- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção da saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2017

Como você classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho(a)?		
Resposta	**n**	**%**
Excelente	3	5,4
Muito boa	7	12,5
Boa	26	46,4
Regular	17	30,4
Ruim	3	5,3
Total	56	100

Tabela 12- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo a percepção do bem-estar geral devido à saúde bucal dos filhos, Araçatuba, 2017

Quanto o bem-estar geral de seu filho(a) é afetado pela condição de seus dentes, lábios, maxilares ou boca?		
Resposta	**n**	**%**
Nem um pouco	6	10,7
Só um pouquinho	17	30,4
Mais ou menos	24	42,9
Muito	7	12,5
Muitíssimo	2	3,5
Total	56	100

Este achado corrobora os resultados de outras pesquisas (Abanto et al., 2012; Belila et al., 2016). Especialmente em uma delas, com pais de crianças com distúrbios cerebrais, grande número dos pesquisados afirmou que o bem-estar geral das crianças “em nada” era afetado pela condição da saúde bucal. Todavia, deve ser lembrado que se tratava de uma população particular, onde a saúde bucal não era considerada a principal preocupação (Abanto et al., 2012). Em contrapartida, outro trabalho revelou que a maioria dos pesquisados

consideravam que o bem-estar geral e a vida social dos filhos era muito afetada pelas condições de saúde bucal (Thomson et al., 2013).

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

Tabela 13- Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2017

Índice P-CPQ								
Subescalas	**Sintomas Orais**		**Limitações Funcionais**		**Bem-estar Emocional**		**Bem-estar Social**	
Respostas	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nunca ou não sei	150	44,6	262	58,5	273	60,9	451	73,2
Uma ou duas vezes	68	20,2	60	13,4	79	17,6	63	10,2
Algumas vezes	78	23,2	74	16,5	69	15,5	59	9,6
Frequentemente	27	8,1	28	6,3	14	3,1	27	4,4
Quase todos os dias ou todos os dias	13	3,9	24	5,3	13	2,9	16	2,6
Total	336	100	448	100	448	100	616	100

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

Tabela 14- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2017

SINTOMAS BUCAIS				
	SIM		NÃO	
EVENTO	n	%	n	%
Presença de dor de dente	37	66%	19	34%
Presença de mau hálito	44	78.6%	12	21.4%
Presença de alimentos presos nos dentes	44	78.6%	12	21.4%
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS				
Teve dificuldade para mastigar	29	51.8%	27	48.2%
Respira pela boca	26	46.4%	30	53.6%
Tem dificuldade em pronunciar algumas palavras	30	53.6%	26	46.4%
Tem dificuldade em comer ou beber algo quente	28	50%	28	50%
BEM-ESTAR EMOCIONAL				
Sentiu-se perturbado	26	46.4%	30	53.6%
Sentiu-se irritado ou frustrado	27	48.2%	29	51.8%
Sentiu-se ansioso ou com medo	33	58.9%	23	41.1%
BEM-ESTAR SOCIAL				
Não se acha tão bonito quanto os colegas	21	37.5%	35	62.5%
Ser tímido	27	48.2%	29	51.8%

O principal motivo que leva os pais a procurarem o atendimento odontológico para seus filhos é a dor (Pandolfi et al., 2011, Edelstein 2002, Cohen-Carneiro et al., 2011, Silveira et al., 2014). No presente trabalho, observou-se pela maioria dos pais a percepção da ocorrência da dor de origem bucal em seus filhos, entre outros sintomas, o que corrobora outro estudo (Silveira et al., 2014).

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

Tabela 15- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2017

FIS								
Subescalas	**Atividade dos pais/família**		**Emoções familiares**		**Conflito familiar**		**Encargos financeiros**	
Respostas	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Nunca ou não sei	136	48,6	164	73,2	151	67,4	44	78,6
Uma ou duas vezes	58	20,7	24	10,7	35	15,6	6	10,7
Algumas vezes	60	21,4	25	11,2	24	10,7	6	10,7
Frequentemente	22	7,9	9	4	12	5,4	0	0
Quase sempre	4	1,4	2	0,9	2	0,9	0	0
Total	280	100	224	100	224	100	56	100

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

Tabela 16- Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2017

ATIVIDADE DOS PAIS/FAMÍLIA				
EVENTO	**SIM**		**NÃO**	
	n	**%**	**n**	**%**
Já se sentiu perturbado	31	55,4	25	44,6
Já se sentiu culpado	31	55,4	25	44,6
Já teve seu sono interrompido	31	55,4	25	44,6
Já teve que pedir dispensa no trabalho	23	41	33	59
Teve menos tempo para si mesmo ou para a família	28	50	28	50

No presente trabalho, a subescala que acarretou maior impacto na rotina familiar foi a “atividade dos pais/família”. Em muitos casos, os pais precisam faltar ao trabalho para levar os filhos ao atendimento odontológico (Anderson et al., 2004). Outros autores relataram a diminuição da qualidade de vida dos responsáveis devido às preocupações com a tarefa de cuidar da saúde bucal e

prevenir a cárie nos filhos portadores de doenças cerebrais (Biazevic et al., 2008).

5. CONCLUSÃO

As crianças e adolescentes participantes da pesquisa apresentam em sua maioria higienização regular, maloclusão leve, grande número de dentes atacados pela cárie dentária e várias necessidades acumuladas. A percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos é insuficiente, havendo maior percepção na subescala “sintomas bucais”. Além disso, as doenças bucais apresentam grande impacto sobre a rotina familiar.

REFERÊNCIAS

ABANTO J, CARVALHO TS, BONECKER M, ORTEGA AOL, CIAMPONI AL, RAGGIO DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. **BMC Oral Health.** 2012; 12(15)1-8.

ANDERSON HK, DRUMMOND BK, THOMSON WM. Changes in aspects of children's oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. **Int J Paediatr Dent.** 2004; 14:317-325.

BARBOSA TD, GAVIÃO MB. Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: agreement between parental and child reports. **J Public Health Dent.** 2012; 75(4):255-264.

BASTING RT, PEREIRA AC, MENEGHIM MC. Avaliação da prevalência decárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público.**RevOdontolUniv São Paulo.** 1997;11(4):287-292.

BELILA NM, MARTINS RJ, GARBIN CAS, BORGHI WMMC. Socioeconomic level and the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life. **Braz J Oral Sci.** 2016; 15(2):171-175.

BIAZEVIC MG, ANTUNES JL, TOGNI J, DE ANDRADE FP, DE CARVALHO MB, WÜNSCH-FILHO V. Immediate impact of primary surgery on health-related quality of life of hospitalized patients with oral and oropharyngeal cancer**. J Oral Maxillofac Surg.** 2008; 66:1343-1350.

BITTENCOURT MAV, MACHADO AW. Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. **Dental Press J Orthod.** 2010; 15(6):113-22.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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

COHEN-CARNEIRO F, SOUZA-SANTOS R, REBELO MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cienc Saude Colet.** 2011; 16(Suppl 1):1007-1015.

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

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

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

GOURSAND D, PAIVA SM, ZARZAR PM, PODEUS IA, ALLISON PJ. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. **Eur J Paediatr Dent..** 2009;10:141-146.

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

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

JOKOVIC A, LOCKER D, STEPHENS M, KENNY D, TOMPSON B, GUYATT G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res.** 2002; 81(7):459-463.

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

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

MARTINS RJ, GARBIN CAS, GARBIN AJÍ, MOIMAZ SAS, SALIBA O. Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. **Cad. Saúde Pública.** 2006; 22(5):1035-1041.

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

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

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

NISHI M, STJERNSWÄRD J, CARLSSON P, BRATTHALL D. Caries experience of some countries and areas expressed by the Significant caries index. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2002; 30(4):296-301.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOARES J, VOLPATO LER, CASTRO PHS, LAMBERT NA, BORGES AH, CASVALHOSA AA. Assessment of oral health knowledge of parents and

caregivers of children and teens with disabilities. **J Health Sci Inst.** 2013a; 31:239-243.

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

THOMSON WM, FOSTER PAGE LA, GAYNOR WN, MALDEN PE. Short-form versions of the Parental-Caregivers Perceptions Questionnaire and the Family Impact Scale. **Community Dent Oral Epidemiol.** 2013; 41(5):441-450.