

## DOENÇAS BUCAIS E QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO ARLINDO

Ronald Jefferson Martins<sup>1</sup>  
Naiana de Melo Bellia  
Geane Gomes Barreto  
Cléa Adas Saliba Garbin  
Artênio José Ísper Garbin

### RESUMO

Este estudo teve por objetivo verificar a higienização bucal e a prevalência de cárie dentária e de maloclusão nas crianças de uma associação beneficente, além da percepção dos pais em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar. A higienização bucal foi analisada por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). O levantamento epidemiológico de cárie dentária e maloclusão foi realizado por meio da aplicação dos índices de Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento e de Maloclusão; além dos questionários Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) e Family Impact Scale (FIS) com a finalidade de avaliar a percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar, respectivamente. Entre os avaliados, 62,2% apresentavam IHOS regular, 46,7% maloclusão leve, 55,1% e 45,6% dentes permanentes e decíduos atacados pela cárie, respectivamente. 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 da saúde bucal. Quanto ao FIS, a subescala que mais interferiu na rotina familiar foi “Atividade dos pais/família”. As crianças pesquisadas apresentam deficiência na higienização e doenças bucais e os pais tiveram baixa percepção do impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, mas alta na rotina familiar.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Saúde bucal. Desigualdades em saúde. Iniquidade social. Grupos de risco. Qualidade de vida.

## ORAL DISEASES AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN FROM THE JOÃO ARLINDO CHARITABLE ASSOCIATION

### ABSTRACT

The objective of this study was to verify the oral hygiene and prevalence of dental caries and malocclusion index of children in a charitable association as well as the parents'

<sup>1</sup>Possui graduação em Odontologia, Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, Mestrado e Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Saúde Coletiva, onde atua principalmente em epidemiologia, educação e prevenção em saúde bucal, hábitos bucais, biossegurança e acidentes com material biológico. Atualmente é Professor Associado junto ao Departamento de Odontologia Infantil e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, área de Saúde Coletiva. Contato: rojema@foa.unesp.br

perception of the impact of oral diseases on children's quality of life and family routine. Oral hygiene was assessed through the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S). An epidemiological survey of dental caries and malocclusion were carried out through the Dental caries and treatment needs and Malocclusion indexes. The Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) and the Family Impact Scale (FIS) were applied to assess the perception of parents about the impact of oral diseases in children and the family routine, respectively. Among the evaluated people, 62.2% of the respondents had regular IHOS, 46.7% had mild malocclusion, 55.1% and 45.6% had permanent and deciduous teeth attacked by cavities, respectively. Regarding the P-CPQ questionnaire, 41.1% of the parents answered that the general well-being of the child was affected as "not at all" or "only a little" due to the condition of oral health. As for FIS, the subscale that most interfered in the family routine was "Parent / family activity". The children studied were deficient in hygiene and oral diseases. Parents have a low perception of the impact of oral diseases on children's quality of life, and higher on the family routine.

**Keywords:** Health promotion. Oral health. Health inequalities. Social inequity. Risk groups. Calidad de Vida.

## ENFERMEDADES BUCALES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS DE LA ASOCIACIÓN BENÉFICA JOÃO ARLINDO

### RESUMEN

Este estudio tuvo por objetivo verificar la higienización bucal y la prevalencia de caries dental y de maloclusión en niños de una asociación benéfica, además de la percepción de los padres en relación con el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de los hijos y en la rutina familiar. Se analizó la higienización bucal por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Se realizó levantamiento epidemiológico de caries dental y maloclusión por medio de la aplicación de los índices de Caries Dental y Necesidad de Tratamiento y Maloclusión. También se aplicaron los cuestionarios Parental- Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) y Family Impact Scale (FIS) con la finalidad de evaluar la percepción de los padres sobre el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de los hijos y en la rutina familiar, respectivamente. Entre los evaluados, el 62,2% presentaron IHOS regular; el 46,7%, maloclusión leve; el 55,1% y el 45,6%, dientes permanentes y deciduos atacados por caries dental, respectivamente. Sobre el cuestionario P-CPQ, el 41,1% de los padres respondieron que el bienestar general del hijo era afectado "ni un poco" o "solo un poquito" por la condición de la salud bucal. Ya sobre el FIS, "Actividad de los padres/familia" fue la subescala que más influyó en la rutina familiar. Los niños investigados presentaron deficiencia en la higienización y enfermedades bucales. Los padres tienen baja percepción del impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de los hijos, pero alta cuando se trata de la rutina familiar.

**Palabras clave:** Promoción de salud. Salud bucal. Desigualdades en salud. Iniquidad social. Grupos de Riesgo.

## **INTRODUÇÃO**

A idade pueril, importante fase para o desenvolvimento da saúde bucal, tem necessidade de cuidados odontológicos especiais, pois as crianças estão sujeitas a problemas que podem causar grande impacto em sua vida diária a curto e a longo prazo. A cárie dentária e as maloclusões destacam-se como as doenças bucais mais relevantes nessa idade, devido sua elevada prevalência. ([GARBIN, 2010](#)).

Essas doenças levam a experiências desagradáveis, como a dor e, conseqüentemente, a dificuldades para mastigar, falar, deglutir, falta de apetite, baixa autoestima, mudanças de comportamento e baixo rendimento escolar ([PAREDES; GALVÃO; FONSECA, 2014](#)).

Hodiernamente observa-se a diminuição nos índices de cárie dentária, ocasionada por múltiplos fatores, como a educação em saúde e o aumento do acesso aos cuidados bucais, que incluem a higiene bucal supervisionada, o emprego de selantes oclusais, uso de dentifrícios e consumo de água de abastecimento público fluoretada. Esses fatores mostraram-se eficientes na redução da experiência da doença e melhora da condição bucal entre crianças e adolescentes no país e no mundo ([BASTING; PEREIRA; MENEZES, 1997](#); [NARVAI; FRAZÃO; CASTELLANOS, 1999](#)).

Entretanto, a cárie dentária possui uma etiologia complexa, que compreende condições biológicas, ambientais e sociais. Por essa razão, revela-se grande iniquidade na experiência e distribuição da doença no Brasil. Tal fenômeno é conhecido como polarização, em que a parcela mais carente da população concentra quase toda a carga da doença ([OLIVEIRA, 2013](#)).

Outro problema que afeta a saúde bucal de indivíduos nessa etapa da vida é a maloclusão, doença que apresenta alta prevalência e pode interferir negativamente na qualidade de vida e estado da saúde geral do indivíduo, devido ao comprometimento de sua capacidade mastigatória, estética e fonética; o que prejudica sua interação social e bem-estar psicológico ([FREIRE, 2010](#)). A maloclusão pode ser originada devido a fatores genéticos ou adquiridos; como hábitos inadequados de chupar o dedo e fazer o uso prolongado da chupeta ou da mamadeira. Também em consequência da perda precoce de dentes decorrente da cárie dentária ([PASTANA; COSTA; CHIAPPETTA, 2007](#)).

Os maus hábitos de higiene e alimentação das famílias, que influenciam diretamente na condição de saúde bucal dos filhos, estão intimamente relacionados ao conhecimento e percepção dos pais sobre a saúde bucal ([CASTILHO, 2013](#)), pois é no seio familiar onde ocorrem as primeiras identificações do indivíduo, constituindo a principal fonte de estímulo para o desenvolvimento de sua personalidade. Essa influência se deve ao contexto cultural e as características particulares de cada família ([OLIVEIRA, 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 cáries em seus filhos ([SOARES, 2013](#)).

As famílias de estratos socioeconômicos inferiores apresentam dificuldades de acesso à informação em saúde bucal e a ações e atividades educativas, preventivas ou curativas em odontologia; sendo essa carência uma das principais barreiras coletivas e individuais que precisam ser enfrentadas ([OLIVEIRA, 2013](#)).

Nessa perspectiva, a Associação Beneficente Batista João Arlindo, por meio do "Projeto Caminhar", atende crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social, que moram na periferia do município de Araçatuba-SP. Nos dias atuais, são atendidas 180 crianças e adolescentes em contra turno escolar, nos períodos da manhã e

tarde. Podem permanecer na associação apenas os indivíduos que frequentem a escola e apresentem no mínimo 75% de presença no bimestre. O propósito é desenvolver programas que promovam a sociabilidade, fortaleçam vínculos comunitários e de afetividade, garantam o acesso ao lazer, desenvolvam potencialidades e fomentem a educação escolar ([MARTINS, 2017](#)).

O projeto de extensão “Prevenção e recuperação da Saúde Bucal em crianças e adolescentes em situação de risco social da Associação Beneficente João Arlindo” veio agregar a atenção odontológica ao “Projeto Caminhar”, pois objetiva o desenvolvimento de ações e atividades educativas, preventivas e curativas, em prol da saúde bucal dessa população, além da difusão da consciência crítica das reais causas de seus problemas, criando um espírito para mudança junto às famílias ([MARTINS, 2017](#)).

Sendo assim, o presente estudo teve por objetivo verificar a higiene oral e a prevalência de cárie dentária e de maloclusão nas crianças e adolescentes em situação de risco social de uma Associação Beneficente do município de Araçatuba-SP. Também observar a percepção dos pais ou responsáveis em relação ao impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos e na rotina familiar.

## METODOLOGIA

A população do estudo foi constituída 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. Os pesquisadores explicaram aos pais ou responsáveis o objetivo da pesquisa e como os dados coletados seriam posteriormente utilizados. Participaram do estudo as crianças e adolescentes que tiveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e estavam presentes no dia da coleta de 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, processo FOA/UNESP - CAAE: 39094214.2.0000.5420.

A higienização bucal dos participantes da pesquisa foi observada por meio do cálculo do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) ([GREENE;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, 2013](#)). Utilizou-se uma haste flexível de algodão embebida com fucsina básica para corar a placa bacteriana. Os dentes índices foram analisados com a ajuda de espátulas de madeira.

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](#)). Utilizaram-se os índices de Cárie Dentária e 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.

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, aparência facial, ou problemas fonéticos). Os exames foram realizados por um único examinador previamente treinado e calibrado, uma anotadora e um monitor responsável por organizar a fila. Adotaram-se as medidas de biossegurança vigentes a fim de proteger a equipe da pesquisa, assim como os indivíduos que se submeteram aos exames.

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, em que 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, 2003](#); [BARBOSA; GAVIÃO, 2012](#)), pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram esse 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; GAVIÃO, 2012](#)). O P-CPQ foi originalmente desenvolvido no idioma inglês, em Toronto, Canadá, por Jokovic et al. ([JOKOVIC, 2002](#); [JOKOVIC, 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; 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, 2002](#)) e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Goursand et al. ([GOURSAND, 2009](#)). Essa escala é composta por 14 itens, 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, 2003](#)), pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram esse item a seus pais.

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

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

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 para o índice de cárie dentária e necessidade de tratamento ( $K = 0,97$ ) e de maloclusão ( $K = 0,98$ ). O universo amostral do estudo foi composto por 180 crianças e adolescentes, pertencentes aos períodos da manhã e da tarde. Desses, 156 (86,7%) realizaram o IHOS, 150 (83,3%) o índice de maloclusão, 136 (75,6%) o índice de cárie e necessidade de tratamento. Participaram ainda 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.

Em relação à condição de higienização bucal da população estudada, 56 (35,6%) apresentavam IHOS ruim, 97 (62,2%) regular e apenas 3 (1,9%) bom ([PINTO, 2013](#)).

Autores relatam que a higienização bucal não é corretamente realizada pelos pacientes devido à desinformação, deficiência motora, falta de orientação ou ausência de instrumental adequado ([PETRY; PRETTO, 2003](#)). Acreditamos que, apesar da melhora observada com o desenvolvimento do projeto, dá-se a falha na higienização por causa da falta de material adequado (escova dental, dentífrico e fio dental), ou mesmo pelo compartilhamento de escovas no domicílio do indivíduo ([PARISATI, 2017](#)).

Quanto à presença de anormalidades dento-faciais, 24 (9,3) apresentavam maloclusão moderada, 71 (46,7%) maloclusão leve e 55 (44%) ausência de maloclusão.

O resultado encontrado corrobora o achado de outros estudos na população brasileira, que mostram alta porcentagem de crianças com algum tipo de anormalidade oclusal ([BITTENCOURT; MACHADO, 2010](#); [BRASIL, 2012](#)). Revela-se no país a carência de políticas públicas que assegurem o acesso das populações menos favorecidas socioeconomicamente, aos tratamentos preventivos simples e aos mais complexos dessa patologia ([BITTENCOURT; MACHADO, 2010](#)).

Em relação à prevalência de cárie dentária, 75 (55,1%) e 62 (45,6%) indivíduos apresentavam dentes atacados pela cárie na dentição permanente ou decídua, respectivamente. Quanto à idade, a maior ocorrência foi aos 7 e 8 anos, tanto na dentição permanente, quanto na dentição decídua.

Em relação aos componentes do índice, destaca-se, na dentição permanente, o obturado (59,5%) e, na dentição decídua, o cariado (48,3%).

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

Na **Tabela 1**, verifica-se o indicador de saúde do percentual de crianças livres de cárie (CPO-D e ceo-d = 0).

**Tabela 1.** Número e porcentagem dos indivíduos sem e com cárie segundo a idade, Araçatuba, 2017.

Idade	Sem cárie		Com cárie		Total	
	n	%	n	%	n	%
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

Fonte: Os autores.

Hodiernamente, devido ao declínio da cárie dentária no mundo e no país, observa-se o fenômeno da polarização da doença, que consiste na distribuição não uniforme da cárie entre a população, estando concentrada nos grupos de situação socioeconômica menos favorecida. Além disso, constata-se o aumento do percentual de crianças livres de cárie ([MARTINS, 2006](#); [NARVAI, 2006](#); [OLIVEIRA, 2013](#)). Na pesquisa, observou-se baixa porcentagem de crianças livres de cárie entre os pesquisados (20,3%).

Em relação à necessidade de tratamento, a maior prevalência era de tratamento restaurador de uma face nos dentes permanentes (148 ocorrências), seguido pela restauração de duas ou mais superfícies (47 ocorrências) e extração do dente (2 ocorrências).

O grande número de necessidades acumuladas nessa população pode indicar a falta de acesso a atividades e ações educativas, preventivas e curativas em saúde bucal ([SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2013](#); [OLIVEIRA, 2013](#)), além das desenvolvidas na associação ([PARISATI, 2017](#)).

A primeira questão do instrumento utilizado para verificar a percepção dos pais ou responsáveis sobre a importância da saúde bucal na qualidade de vida de seus filhos (P-CPQ) dizia respeito como o responsável classificaria a saúde dos dentes, lábios, maxilares e boca de seu filho, em que 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, em que 41,1% responderam “nem um pouco” ou “só um pouquinho”.

**Tabela 2.** 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	%
Excelente	5,4
Muito boa	12,5
Boa	46,4
Regular	30,4
Ruim	5,3
Total	100

Fonte: Os autores.

**Tabela 3.** 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	%
Nem um pouco	10,7
Só um pouquinho	30,4
Mais ou menos	42,9
Muito	12,5
Muitíssimo	3,5
Total	100

Fonte: Os autores.

Esse achado corrobora os resultados de outras pesquisas ([ABANTO, 2012](#); [BELILA, 2016](#)). Particularmente em uma delas, desenvolvida 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, salienta-se que se tratava de uma população diferenciada, onde a saúde bucal não era considerada a principal preocupação ([ABANTO, 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, 2013](#)).

Na **Tabela 4**, observam-se as respostas referentes às subescalas do índice P-CPQ.

**Tabela 4.** Número e porcentagem dos pais ou responsáveis segundo as subescalas do Índice P-CPQ, Araçatuba, 2017.

Subescalas	Índice P-CPQ							
	Sintomas Oraís		Limitações Funcionais		Bem-estar Emocional		Bem-estar Social	
	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

Fonte: Os autores.

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 5**.



**Tabela 5.** Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a percepção sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida dos filhos, Araçatuba, 2017.

EVENTO	SINTOMAS BUCAIS			
	SIM		NÃO	
	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%

Fonte: Os autores.

O principal motivo que leva os pais a procurarem o atendimento odontológico para seus filhos é a dor ([EDELSTEIN, 2002](#); [PANDOLFI, 2011](#); [COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; REBELO, 2011](#); [SILVEIRA, 2014](#)). No presente trabalho, observou-se que a maioria dos pais percebeu ocorrência de dor de origem bucal em seus filhos, entre outros sintomas, o que corrobora outro estudo ([SILVEIRA, 2014](#)).

Em relação ao questionário FIS, pode-se observar na **Tabela 6** as respostas de acordo com o impacto que as doenças bucais e orofaciais dos adolescentes apresentam na rotina familiar, em cada subescala.

**Tabela 6.** Distribuição numérica e percentual dos pais segundo as respostas dos subgrupos do questionário FIS, Araçatuba, 2017

Subescalas	FIS							
	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

Fonte: Os autores.

Na **Tabela 7**, verifica-se a subescala do questionário FIS que apresentou maior impacto na rotina familiar.

**Tabela 7.** Distribuição numérica e percentual dos pais segundo a subescala de maior impacto das doenças bucais na rotina familiar, Araçatuba, 2017

EVENTO	ATIVIDADE DOS PAIS/FAMÍLIA			
	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

Fonte: Os autores.

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; DRUMMOND; THOMSON, 2004](#)).

## **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.

Os dados obtidos no estudo possibilitarão que estratégias de intervenção sejam planejadas e realizadas, a fim de diminuir a ocorrência das doenças bucais nas crianças da associação e aprimorar a percepção dos pais e/ou responsáveis sobre a importância da sua saúde bucal e em consequência de seus filhos.

**Submetido em 10/11/2017**

**Aceito em 16/11/2018**

## **REFERÊNCIAS**

[ABANTOJ. et al.](#) Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. **BMC Oral Health**, United Kingdom, v. 12, n. 15, p. 1-8, 2012.

[ANDERSON H. K.; DRUMMOND B. K.; THOMSON W. M.](#) Changes in aspects of children’s oral-health-related quality of life following dental treatment under general anaesthesia. **Int. J. Paediatr. Dent.**, United Kingdom, v. 14, n. 5, p. 317-325, 2004.

[BARBOSA T. S. et al.](#) Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 283-300, 2010.

[BARBOSA T.D.; GAVIÃO M. B.](#) Validation of the Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire: agreement between parental and child reports. **J. Public Health Dent.**, Springfield, v. 75, n. 4, p. 255-264, 2012.

[BASTING R. T.; PEREIRA A. C.; MENEGHIM M. C.](#) Avaliação da prevalência de cárie dentária em escolares do município de Piracicaba, SP, Brasil, após 25 anos de fluoretação das águas de abastecimento público. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 287-292, 1997.

[BELILA N. M. et al.](#) Socioeconomic level and the parents' perception of the impact of oral diseases on their children's quality of life. **Braz. J. Oral Sci.**, Piracicaba, v. 15, n. 2, p. 171-175, 2016.

[BITTENCOURT M.A. V.; MACHADO A. W.](#) Prevalência de má oclusão em crianças entre 6 e 10 anos – um panorama brasileiro. **Dental Press J. Orthod.**, Maringá, v. 15, n. 6, p. 113-122, 2010.

[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.

[CASTILHOA. R. et al.](#) Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 116-123, 2013.

[COHEN-CARNEIRO F.; SOUZA-SANTOS R.; REBELO M. A. B.](#) Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. Suppl 1, p. 1007-1015, 2011.

[EDELSTEIN B. L.](#) Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. **Ambul. Pediatr.**, v. 2, n. 2, p. 141-147, 2002.

[FREIRE M. C. M. et al.](#) Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 28, n. 2, p. 86-91, 2010.

[GARBIN A. J. Í. et al.](#) 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.**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 94-102, 2010.

[GOURSAND D. et al.](#) Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. **Eur. J. Paediatr. Dent.**, Roma, v. 10, n. 3, p. 141-146, 2009.

[GREENE J. C.; VERMILLION J. R.](#) Simplified oral hygiene index. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 68, n. 1, p. 7-13, 1964.

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

[JOKOVICA. et al.](#) Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. **J. Public Health Dent.**, Springfield, v. 63, n. 2, p. 67-72, 2003.

[JOKOVIC A. et al.](#) Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 81, n. 7, p. 459-463, 2002.

[LOCKER D. et al.](#) Family impact of child oral and oro-facial conditions. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 30, n. 6, p. 438-448, 2002.

[MARTINS R. J. et al.](#) Projeto de extensão da Associação “João Arlindo”: avanços e conquistas. **Rev. Ciênc. Ext.**, Assis, v. 13, n. 2, p. 34-43, 2017.

[MARTINS R. J. et al.](#) Declínio da cárie em um município da região noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1035-1041, 2006.

[NARVAI P. C.; FRAZÃO P.; CASTELLANOS R. A.](#) Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, p. 25-29, 1999.

[NARVAI P. C. et al.](#) Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, p. 385-393, 2006.

[OLIVEIRA L. J.C. et al.](#) Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1039-1047, 2013.

[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. et al.](#) Oral health and dental services users' quality of life. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 11, n. 3, p. 311-316, 2011.

[PAREDES S. O.; GALVÃO R. N.; FONSECA F. R. A.](#) Influence of oral health on the life quality of preschool children. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 1, p. 125-139, 2014.

[PARISATI D.](#) **Percepção dos pais sobre o impacto das doenças bucais na qualidade de vida das crianças da Associação Beneficente João Arlindo.** 2017. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2017.

[PASTANA G. S.; COSTA S. M.; CHIAPPETTA A. L.](#) Análise da mastigação em indivíduos que apresentam mordida cruzada unilateral na faixa-etária de 07 a 12 anos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 339-350, 2007.

[PETRY P. C.; PRETTO S. M.](#) **Educação e motivação em saúde bucal**. In: ABOPREV. KRIGER L. (org). Promoção de Saúde Bucal.3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

[PINTO V. G.](#) **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 M.F. et al.](#) 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1169-1182,2014.

[SOARES J. et al.](#) Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. **J. Health Sci. Inst.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 239-243,2013.

[SOARES F. F.; CHAVES S. C. L.; CANGUSSU M. C. T.](#) Desigualdade na utilização de services de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 34, n. 6, p. 401-406, 2013.

[THOMSON W. M. et al.](#) Short-form versions of the Parental-Caregivers Perceptions Questionnaire and the Family Impact Scale. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 41, n. 5, p. 441-450, 2013.