

Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados

Evaluation of quality of life related to the health of children and their families and associated factors

Gabrielle DOVIGO^{a*}, Marília Narducci PESSOA^a, Patrícia Rafaela dos SANTOS^b,
Sílvia Amélia Scudeler VEDOVELLO^b, Eloisa MARCANTONIO^a

^aUNIARA – Universidade de Araraquara, Araraquara, SP, Brasil

^bFHO – Fundação Hermínio Ometto, UNIARARAS, Araras, SP, Brasil

Como citar: Dovigo G, Pessoa MN, Santos PR, Vedovello SAS, Marcantonio E. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias e fatores associados. Rev Odontol UNESP. 2021;50:e20210048. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04821>

Resumo

Introdução: O desenvolvimento do complexo craniofacial resulta da interação de fatores genéticos e ambientais. Dentre as ocorrências que podem afetar esse desenvolvimento, estão as odontológicas. A cárie dentária e a má oclusão são de etiologia multifatorial e atingem grande parte da população, podendo impactar a qualidade de vida. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de fatores clínicos, funcionais e sociais na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias. **Material e método:** A amostra consistiu de 753 crianças matriculadas nas escolas públicas da cidade de Araraquara-SP. Foram realizados exames bucais para avaliar a ocorrência cárie dentária (ceo-d e CPO-D) e a má oclusão (Foster, Hamilton) e aplicado um questionário socioeconômico aos pais, além do questionário para avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal (ECOHIS). Os dados foram avaliados por meio de análise bivariada e, em seguida, pelo modelo de regressão logística múltipla, considerando o nível de significância de 5%. **Resultado:** A condição social, além das variáveis clínicas de cárie dentária e trauma dental, apresentou associação com o impacto negativo na qualidade de vida relacionada a saúde bucal nas três sessões do questionário: criança, pais e geral, respectivamente. **Conclusão:** A experiência da cárie dentária, o nível socioeconômico e o trauma dental foram variáveis preditoras para o impacto negativo na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças e suas famílias. Os hábitos estão mais relacionados ao índice ceo-d e ao nível socioeconômico do que com a má oclusão.

Descritores: Qualidade de vida; saúde bucal; cárie; má oclusão.

Abstract

Introduction: The development of the craniofacial complex results from the interaction of genetic and environmental factors. Dental caries and malocclusion have a multifactorial etiology and affect a large part of the population, which may impact the quality of life. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the impact of clinical, functional and social factors on oral health-related quality of life of children and their families. **Material and method:** The sample consisted of 753 children enrolled in public schools in the city of Araraquara-SP. Oral examinations were performed to assess dental caries (dmft and DMFT) and malocclusion (Foster, Hamilton) and a socioeconomic questionnaire was administered to the parents, in addition to the quality assessment questionnaire. health-related life expectancy (ECOHIS). Data were evaluated by bivariate analysis and then by multiple logistic regression model, considering the significance level of 5%. **Result:** Social condition, besides the clinical variables dental caries and dental trauma were associated with the negative impact on oral health-related quality of life in the three questionnaire sessions, child, parent and general respectively. **Conclusion:** The experience of dental caries, socioeconomic status and dental trauma were predictive variables for the negative impact on oral health-related quality of life of children and their families. Habits seem to be more related to the dmft index and socioeconomic level than to malocclusion.

Descriptors: Quality of life; oral health; caries; malocclusion.



INTRODUÇÃO

Na prática clínica, a cárie dentária destaca-se como um problema frequente nos indivíduos, embora tenha sido relatado seu declínio em diversos países, inclusive no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal¹.

A etiologia dos problemas oclusais é multifatorial, com uma série de influências que englobam problemas congênitos, morfológicos, biomecânicos e ambientais, dentre os quais estão os hábitos deletérios, como: sucção de polegar e outros dedos; projeção da língua; sucção e mordida do lábio; deglutição atípica; má postura no sono e na vigília; onicofagia; sucção habitual de lápis, chupetas e outros objetos; bruxismo diurno e noturno, e respiração bucal².

Com elevada prevalência em diversas populações, a má oclusão pode causar implicações físicas e psicológicas, influenciando na saúde oral, na interação social do indivíduo e na autoestima³.

Estudos mostraram que a incidência de má oclusão tem aumentado progressivamente, em ambas as dentições (decídua e permanente); assim, faz-se necessário o uso de medidas preventivas que possam ser efetuadas para a diminuição da prevalência dessa alteração⁴. Os levantamentos epidemiológicos, os quais oferecem uma base importante para avaliar a situação atual e as futuras ações de cuidado da saúde bucal de uma população, têm sido empregados com frequência⁵. Sabendo-se que a prevalência de más oclusões varia de acordo com a etnia e o status socioeconômico, é fundamental e cientificamente importante investigar as características oclusais por região ou cidade, pela grande variabilidade encontrada em indivíduos⁶.

Um estudo destaca que, uma vez que a qualidade de vida decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, a problemática das doenças que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam. Classificar a saúde em boa, má ou razoável é também definir a qualidade de vida, pois ela advém das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, de tudo o que diz respeito à vida. Dessa forma, como as doenças se refletem de várias formas na vida do indivíduo, a conceituação do termo saúde adquire uma complexidade muito grande, tendo em vista os vários aspectos que envolvem a vida em sociedade⁷.

Neste contexto, este estudo avaliou a associação entre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e suas famílias e os fatores clínicos bucais e sociais.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Mérito Científico sob CCAE número 2.814.397.

Estudo observacional transversal foi desenvolvido na cidade de Araraquara, São Paulo, Brasil, com escolares de cinco anos matriculados em Centros de Educação e Recreação (CERs) municipais. A amostra mínima foi calculada sendo admitido um erro amostral de 5%, $ce-d=1,99$ (dado para região Sudeste - Brasil, 2010)¹, taxa de não resposta (perda de elementos amostrais) de 20% e nível de confiança de 95%. Para a seleção das escolas, foi realizada amostragem probabilística por conglomerados. A amostra geral totalizou 38 escolas englobando 2.114 crianças. Após o cálculo de amostragem, foi obtido o total de 753 escolares. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com TCLE assinado pelos pais, ausência de doenças sistêmicas, ausência de hipoplasia severa, ausência de aparelho ortodôntico e/ou tratamento ortodôntico prévio. Os critérios de exclusão foram:

problemas físicos ou psíquicos que pudessem impedir a comunicação e/ou a realização dos exames.

A calibração dos examinadores foi realizada. As concordâncias foram calculadas por meio do coeficiente de KAPPA⁸, sendo a concordância interexaminador maior que $K=0,91$. Os reexames para o cálculo das concordâncias intraexaminadores foram realizados durante a coleta de dados. Foram reexaminadas 10% da amostra para o cálculo do erro interexaminador.

Os exames clínicos foram realizados nas escolas, por examinadores previamente treinados e calibrados, sob luz natural, utilizando-se espátula de madeira e luvas descartáveis.

Foram analisados:

- Cárie dental, utilizando-se os índices ceo-d, segundo os códigos e critérios da OMS⁹ (Anexo 1).
- Alterações oclusais: foram avaliados os arcos dentários na fase de dentadura decídua e em relação sagital anteroposterior (canino decíduo), relação transversal na região posterior (mordida cruzada), relação vertical na região anterior (sobremordida) e relação horizontal anterior (sobressaliência)^{10,11} (Anexo 2).
- Presença de hábitos de sucção, distúrbio de respiração, alergias, trauma dental e tratamento ortodôntico, pelo questionário que contém seis questões com opções de respostas “sim” e “não”¹² (Anexo 3).
- Impacto na qualidade de vida por meio do Oral Health Impact Scale (ECOHis)¹³. Este permite avaliar a percepção de pais sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal dos filhos, por meio de um questionário contendo 13 questões. É possível avaliar o impacto nas dimensões criança, família e geral (Anexo 4).
- Condições socioeconômicas e demográficas por questionário estruturado¹⁴, que contém 11 questões relacionadas a escolaridade e renda familiar, saúde bucal e geral dos filhos e desempenho escolar dos mesmos (Anexo 5).

Análise Estatística

Para verificar o impacto das variáveis no impacto da qualidade de vida da criança, família e geral, foi realizada regressão logística múltipla. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram inseridas no modelo, mas compuseram o modelo final somente aquelas com $p \leq 0,05$. Foi estimada também a Odds Ratio (OR) com intervalo de confiança de 95% (ORIC95%). Foi verificada a significância do modelo (G^2) e computado o valor do Pseudo- R^2 de Mcfadden. Foram investigados outliers com base nos resíduos (z-residual). Adotou-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas no programa SAS (Statistical Analysis System)¹⁵.

RESULTADO

Participaram do estudo, 753 crianças com cinco anos de idade. A distribuição dos indivíduos segundo as variáveis estudadas está disposta na Tabela 1.

É possível observar que a amostra é homogênea em relação ao sexo, sendo 51,9% do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino, e que 43,5% das crianças foram classificadas como pertencentes à classe média inferior ou mais baixas.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis estudadas

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	391	51,9
Masculino	362	48,1
Índice CEO-D		
=0	447	59,4
>0	306	40,6
Má Oclusão		
Ausente	321	42,6
Presente	432	57,6
Hábitos		
Ronco		
Ausente	532	70,7
Presente	221	29,3
Interrupções respiratórias		
Ausente	700	93,0
Presente	53	7,0
Alergia		
Ausente	542	72,0
Presente	211	28,0
Mordida ou Sucção		
Ausente	663	88,0
Presente	90	12,0
Trauma		
Ausente	731	97,1
Presente	22	2,9
Classe Socioeconômica		
Alta (A)	38	5,0
Média Superior (B)	129	17,1
Média (C)	258	34,3
Média Inferior (D)	222	29,5
Baixa (E)	102	13,5
Saúde geral da criança é considerada		
Excelente	262	34,8
Muito boa	244	32,4
Boa	199	26,4
Regular	41	5,4
Ruim	7	0,9
Saúde bucal da criança é considerada		
Excelente	119	15,8
Muito boa	216	28,7
Boa	266	35,3
Regular	124	16,5
Ruim	28	3,7
Comportamento da criança em relação ao cuidado com a higiene bucal é considerado		
Excelente	120	15,9
Muito bom	188	25,0
Bom	275	36,5
Regular	146	19,4
Ruim	24	3,2
Desempenho escolar da criança é considerado		

Tabela 1. Continuação...

Variável	n	%
Excelente	244	32,4
Muito bom	254	33,7
Bom	208	27,6
Regular	42	5,6
Ruim	5	0,7

A prevalência de dente cariado, indicado para extração ou obturado foi de 40,6%, sendo a maioria referente à presença de cárie (n=304). Os valores do índice ceo-d variaram de 0 a 13, contudo apenas 10 indivíduos apresentaram índice ceo-d maior ou igual a 9.

A prevalência de má oclusão foi de 57,6%. A maioria apresentou somente um tipo de má oclusão (n=202), os demais indivíduos apresentaram dois tipos de má oclusão associadas (n=135), três tipos (n=84) e quatro tipos (n=11).

Ronco e alergia foram as características mais presentes entre as crianças, segundo seus relatos. Entre os hábitos de mordida e sucção, o bruxismo foi o mais reportado (n=50).

A saúde geral e bucal das crianças foi considerada, pela maioria dos participantes, como boa a excelente. E o comportamento em relação ao cuidado com a higiene bucal e o desempenho escolares foram considerados como bom a excelente.

Em relação às respostas dos responsáveis pelas crianças frente aos itens do ECOHIS, obteve-se que a maioria dos indivíduos respondeu a opção “nunca” na escala de resposta. Cabe declarar que oito crianças foram excluídas das análises e 56 respostas foram recodificadas conforme orientação original, porque os responsáveis assinalaram “não sei” como opção de resposta. O aspecto “Impacto na qualidade de vida da criança” variou de 0 a 26 pontos, com média e desvio-padrão de $1,78 \pm 3,57$. O aspecto “Impacto na qualidade de vida da família” variou de 0 a 14, com média e desvio padrão de $0,37 \pm 1,49$. O aspecto “Impacto na qualidade de vida geral” variou de 0 a 39, com média de $2,15 \pm 04,79$.

A Tabela 2 apresenta a associação entre os métodos de análise, sendo realizada previamente à regressão logística sobre o impacto das variáveis má oclusão, índice ceo-d, hábitos e variáveis socioeconômicas na qualidade de vida da criança, da família e de forma geral.

As chances de o impacto na qualidade de vida da criança ser acima da média amostral aumentam 69,6% quando a criança pertence à classe D ou E; aumentam 72,9% quando apresentam três ou mais tipos de má oclusão; aumentam 78,6% quando apresentam índice ceo-d>0, e aumentam 96,6%, 78,1% e 194,3%, quando apresentam ronco, alergia e trauma dentário, respectivamente.

Contribuem para maior impacto na qualidade de vida da família, os fatos de a criança ser do sexo masculino, pertencer à classe econômica C, D ou E, apresentar índice ceo-d>0 e ter apresentado algum trauma dentário. As chances de o impacto na qualidade de vida da família ser acima da média amostral aumentam pelo menos 420,8% quando a criança pertence à classe econômica C, D ou E; aumentam 109,9% quando a criança é do sexo masculino; aumentam 129,8% quando a criança apresenta índice ceo-d>0, e aumentam 1.167,8% quando a criança apresenta trauma dentário.

Contribuem para maior impacto na qualidade de vida (geral), os fatos de a criança pertencer à classe econômica C, D e E; apresentar índice ceo-d>0; roncar, ter alergia, ter apresentado algum hábito de mordida ou sucção, e ter apresentado algum trauma dentário. As chances de o impacto na qualidade de vida ser acima da média aumentam pelo menos 87,5% quando a criança pertence à Classe C, D e E; aumentam 100,2% quando a criança apresenta índice ceo-d>0, e aumentam 109,1%, 74,8%, 112,9% e 361,2% quando a criança apresenta ronco, alergia, hábito de mordida/sucção e trauma dentário, respectivamente.

Tabela 2. Estudo de associação (Qui-quadrado) e modelos de regressão logística (Completo e Final) para estimar a probabilidade de ocorrer impacto na qualidade de vida da criança, família e geral, segundo as variáveis de interesse

Variável	Categoria	ECOHis Criança		Total	p	Modelo Bruto			Modelo Ajustado		
		Sem impacto	Com impacto			β	OR(IC95 %)	p	β	OR(IC95 %)	p
Sexo	Feminino	265	119	384	0,413						
	Masculino	239	122	361							
Classe Econômica	A e B	126	41	167	0,010*	Ref			Ref		
	C	178	79	257		0,252	1,286(0,811-2,041)	0,285	0,235	1,265(0,798-2,003)	0,317
	D, E e F	200	121	321		0,524	1,688(1,081-2,637)	0,021*	0,528	1,696(1,088-2,644)	0,020*
Má Oclusão (número)	0, 1 ou 2	453	201	654	0,012*	Ref			Ref		
	3 ou 4	51	40	91		0,549	1,731(1,079-2,775)	0,023*	0,547	1,729(1,078-2,772)	0,023*
Índice CEO-D	0	325	118	443	<0,001*	Ref			Ref		
	>0	179	123	302		0,596	1,815(1,307-2,522)	<0,001*	0,580	1,786(1,289-2,476)	<0,001*
Ronco	Ausente	386	141	527	<0,001*	Ref			Ref		
	Presente	118	100	218		0,610	1,840(1,286-2,633)	0,001*	0,676	1,966(1,393-2,773)	<0,001*
Interrupções respiratórias	Ausente	479	214	693	0,002*	Ref					
	Presente	25	27	52		0,305	1,356(0,728-2,527)	0,337			
Alergia	Ausente	384	151	535	<0,001*	Ref			Ref		
	Presente	120	90	210		0,536	1,710(1,196-2,445)	0,003*	0,577	1,781(1,251-2,535)	0,001*
Mordida ou Sucção	Ausente	451	204	655	0,058	Ref					
	Presente	53	37	90		0,335	1,398(0,859-2,277)	0,178			
Bruxismo	Ausente	475	220	695	0,131						
	Presente	29	21	50							
Trauma	Ausente	495	228	723	0,006*	Ref			Ref		
	Presente	9	13	22		1,049	2,854(1,150-7,083)	0,024*	1,079	2,943(1,188-7,290)	0,020*
Intercepto						-1,844	0,158	<0,001*	-1,802	0,165	<0,001*
Sexo	Feminino	360	24	384	0,047*	Ref			Ref		
	Masculino	324	37	361		0,717	2,048(1,143-3,671)	0,016*	0,741	2,099(1,175-3,748)	0,012*
	A e B	163	4	167	0,005*	Ref			Ref		
Classe Econômica	C	235	22	257		1,666	5,292(1,501-18,661)	0,010*	1,650	5,208(1,475-18,391)	0,010*
	D, E e F	286	35	321		1,827	6,217(1,805-21,419)	0,004*	1,900	6,683(1,941-23,017)	0,003*
Má Oclusão (número)	0, 1 ou 2	601	53	654	0,823						
	3 ou 4	83	8	91							
Índice CEO-D	0	419	24	443	0,001*	Ref			Ref		
	>0	265	37	302		0,874	2,396(1,342-4,281)	0,003*	0,832	2,298(1,301-4,058)	0,004*
Ronco	Ausente	492	35	527	0,017*	Ref					
	Presente	192	26	218		0,446	1,562(0,877-2,782)	0,130			
Interrupções respiratórias	Ausente	638	55	693	0,361						
	Presente	46	6	52							
Alergia	Ausente	495	40	535	0,258						
	Presente	189	21	210							
Mordida ou Sucção	Ausente	604	51	655	0,281						
	Presente	80	10	90							
Bruxismo	Ausente	641	54	695	0,121	Ref					
	Presente	43	7	50		0,778	2,177(0,847-5,597)	0,106			
Trauma	Ausente	671	52	723	<0,001*	Ref			Ref		
	Presente	13	9	22		2,521	12,442(4,621-33,504)	<0,001*	2,540	12,678(4,753-33,816)	<0,001*

Tabela 2. Continuação...

Variável	Categoria	ECOHIS Criança		Total	p	Modelo Bruto			Modelo Ajustado		
		Sem impacto	Com impacto			β	OR(IC95 %)	p	β	OR(IC95 %)	p
Intercepto						-5,211	0,005	<0,001*	-5,009	0,007	<0,001*
Sexo	Feminino	312	72	384	0,130	Ref					
	Masculino	277	84	361		0,252	1,287(0,882-1,877)	0,190			
Classe Econômica	A e B	146	21	167	0,006*	Ref			Ref		
	C	202	55	257		0,649	1,914(1,074-3,411)	0,028*	0,629	1,875(1,056-3,329)	0,032*
Má Oclusão (número)	D, E e F	241	80	321		0,783	2,187(1,245-3,843)	0,006*	0,727	2,069(1,186-3,609)	0,010*
	0, 1 ou 2	524	130	654	0,056	Ref					
Índice CEO-D	3 ou 4	65	26	91		0,436	1,547(0,906-2,641)	0,110			
	0	372	71	443	<0,001*	Ref			Ref		
Ronco	>0	217	85	302		0,689	1,992(1,361-2,917)	0,000*	0,694	2,002(1,369-2,927)	<0,001*
	Ausente	443	84	527	<0,001*	Ref			Ref		
Interrupções respiratórias	Presente	146	72	218		0,726	2,067(1,379-3,097)	0,000*	0,737	2,091(1,417-3,085)	<0,001*
	Ausente	554	139	693	0,031*	Ref					
Alergia	Presente	35	17	52		-0,060	0,942(0,476-1,864)	0,864			
	Ausente	441	94	535	<0,001*	Ref			Ref		
Mordida ou Sucção	Presente	148	62	210		0,529	1,697(1,129-2,550)	0,011*	0,558	1,748(1,171-2,609)	0,006*
	Ausente	530	125	655	0,001*	Ref			Ref		
Bruxismo	Presente	59	31	90		0,774	2,168(1,283-3,662)	0,004*	0,756	2,129(1,267-3,578)	0,004*
	Ausente	556	139	695	0,019*						
Trauma	Presente	33	17	50							
	Ausente	579	144	723	<0,001*	Ref			Ref		
Intercepto						1,550	4,710(1,884-11,777)	0,001*	1,529	4,612(1,861-11,430)	0,001*
Intercepto						-3,010	0,049	<0,001*	-2,807	0,060	<0,001*

*Nível de significância de $\alpha=5\%$. Para esta análise, foi excluído um outlier ($Z_{\text{residual}}=10,594$).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o impacto de fatores clínicos e sociais na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de crianças de cinco anos. Nossos achados mostraram que houve impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal das crianças quando associado a fatores socioeconômicos, clínicos e individuais. Pôde-se observar que crianças de baixa renda apresentaram maiores impactos na qualidade de vida, o que vem sendo relatado pela literatura atual, destacando uma relação negativa dessa variável na vida de crianças. Tal fato mostra que as crianças pertencentes a baixa classe social podem não ter acesso a serviços e informações que contribuam para o cuidado em saúde, impactando sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal. A relação saúde bucal e aspectos socioeconômicos é uma via de mão dupla no contexto familiar. Portanto, considerado o núcleo familiar, pode-se afirmar que as condições socioeconômicas dos pais influenciam diretamente na saúde bucal dos filhos¹⁶.

Além disso, observou-se associação negativa da qualidade de vida em relação a cárie dental. Estudos indicaram que o impacto da cárie dental na vida das crianças está relacionado, com maior frequência, aos domínios dos sintomas orais, das limitações e dos aspectos psicológicos¹⁷. Assim, a criança que sofre com essa injúria pode apresentar dor, dificuldades na mastigação e na fala, além de estar susceptível à prática do bullying em âmbito escolar.

Já a má oclusão esteve altamente relacionada com a qualidade de vida das crianças. O principal impacto da má oclusão na qualidade de vida tem sido relatado como sendo nos domínios do bem-estar emocional e social, que compreendem questões relacionadas com

componentes estéticos e autoestima, além de reduzir a aceitação social e a qualidade de vida por vias psicossociais. É importante observar que, em relação a seção família, a má oclusão não apresentou impacto na qualidade de vida e isso mostra que a presença desse aspecto clínico na criança pode não estar sendo observada por sua família¹⁸.

As variáveis mais reportadas neste estudo foram ronco e alergia. A respiração oral pode estar relacionada a fatores genéticos, hábitos orais inadequados e obstrução nasal de gravidade e duração variáveis. A incidência de ronco, sono agitado e o acordar à noite foi significativamente maior nos respiradores orais, em comparação aos respiradores nasais. As doenças alérgicas afetam a qualidade de vida de milhões de crianças e adultos, sendo, além disso, responsáveis por gastos consideráveis em recursos sociais e econômicos¹⁹.

Dentre os causadores de impacto negativo na qualidade de vida das crianças, aparece o traumatismo dentário. Ele adquire um caráter especial por estar entre os principais problemas de saúde pública em todo o mundo. No caso de crianças, esses danos afetam, também, seus pais e o profissional que presta o atendimento, uma vez que a sua resolução adequada e “definitiva” nem sempre é simples e rápida. Dessa forma, esta condição pode criar sérios danos estéticos, psicológicos e sociais, além de produzir significativos custos para a vítima do traumatismo^{20,21}.

Estudos apontam que a adoção de hábitos comportamentais durante a infância começa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Conforme a análise dos questionários respondidos neste estudo, observou-se que a maioria das famílias eram compostas por mães que tinham longas jornadas de trabalho e pais desempregados. Portanto, é necessário um programa educacional de saúde mais sólido envolvendo todos os familiares, para fornecer aos pais a orientação adequada sobre como manter a saúde bucal de seus filhos, resultando em uma melhor qualidade de vida²².

Consolidando este estudo, a associação entre a saúde bucal precária da criança e o baixo nível socioeconômico da família é clara. Observou-se que indivíduos de baixa classe social têm acessos limitados a alguns serviços prestados, que poderiam colaborar para o tratamento de problemas de saúde bucal²³.

O comportamento dos pais em relação à saúde bucal tem uma influência direta no número de dentes cariados de seus filhos. Em populações menos favorecidas, os pais têm menor instrução e/ou orientação em relação à prevenção de distúrbios bucais, tais como informações sobre dieta, escovação, primeira visita ao dentista e uso de flúor diário²². Com isso, observa-se maior prevalência da doença cárie e piora na qualidade de vida, corroborando com outros estudos na literatura²⁴. Portanto, percebe-se que saúde bucal de pré-escolares tem impacto negativo na família.

No impacto de qualidade de vida geral, aparece o bruxismo. Acredita-se que o bruxismo durante o sono seja mais comum na infância. A prevalência desse distúrbio não está precisamente estabelecida, devido às diferenças metodológicas dos estudos. Fatores funcionais, estruturais e psicológicos podem estar envolvidos com a presença desse hábito deletério. O bruxismo é considerado a atividade parafuncional mais danosa para o sistema estomatognático e está diretamente relacionado à má qualidade do sono. O tratamento consiste de orientações aos pais sobre aspectos comportamentais, acompanhamento odontológico e psicológico, e indicação de medicamentos²⁵.

Levantamentos epidemiológicos de base populacional, como o presente estudo, podem gerar fortalecimento da atenção à saúde bucal. Assim, mais trabalhos como este devem ser realizados para contribuir na identificação do impacto negativo da qualidade de vida relacionado a problemas de origem bucal.

CONCLUSÃO

- A prevalência de dentes cariados, indicados para extração ou obturados é alta, assim como a prevalência de má oclusão.
- Os hábitos investigados e o nível socioeconômico parecem estar mais associados com índice CEO-D do que com a má oclusão.
- Em relação ao impacto na qualidade de vida, o índice CEO-D, o nível socioeconômico e a presença de trauma foram variáveis preditoras do impacto na qualidade de vida em todos os seus aspectos (criança, família e geral).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Gisfrede TF, Kimura JS, Reyes A, Bassi J, Drugowick R, Matos R, et al. Hábitos bucais deletérios e suas consequências em odontopediatria. *Rev Bras Odontol*. 2016 Abr-Jun;73(2):144-9. <http://dx.doi.org/10.18363/rbo.v73n2.p.144>.
3. Masood M, Masood Y, Newton T. Cross-bite and oral health related quality of life in young people. *J Dent*. 2014 Mar;42(3):249-55. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2013.12.004>. PMID:24373852.
4. Campos FL, Vazquez FL, Cortellazzi KL, Guerra LM, Ambrosano GMB, Meneghim MC, et al. A má oclusão e sua associação com variáveis socioeconômicas, hábitos e cuidados em crianças de cinco anos de idade. *Rev Odontol UNESP*. 2013 June;42(3):160-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772013000300003>.
5. Badran SA. The effect of malocclusion and self-perceived aesthetics on the self-esteem of a sample of Jordanian adolescents. *Eur J Orthod*. 2010 Dec;32(6):638-44. <http://dx.doi.org/10.1093/ejo/cjq014>. PMID:20403957.
6. Romano FL, Magnani MBB, Ferreira JTL, Matos DS, Valério RA, Silva RAB, et al. Prevalence of malocclusions in schoolchildren with mixed dentition in the city of Piracicaba, Brazil. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2012 Maio-Ago;24(2):96-104.
7. Bastos JRM, Saliba NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol*. 1996 Jul-Ago;38(4):38-41.
8. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977 Mar;33(1):159-74. <http://dx.doi.org/10.2307/2529310>. PMID:843571.
9. Organização Mundial de Saúde – OMS. Levantamentos básicos em saúde bucal. São Paulo: Editora Santos; 1999.
10. Foster TD, Hamilton MC. Occlusion in the primary dentition. Study of children at 2 and one-half to 3 years of age. *Br Dent J*. 1969 Jan;126(2):76-9. PMID:5253447.
11. Grabowski R, Stahl F, Gaebel M, Kundt G. Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: prevalence of malocclusions. *J Orofac Orthop*. 2007 Jan;68(1):26-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s00056-007-1606-0>. PMID:17238051.
12. Dimberg L, Lennartsson B, Arnrup K, Bondemark L. Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: a longitudinal study. *Angle Orthod*. 2015 Sep;85(5):728-34. <http://dx.doi.org/10.2319/080414-542.1>. PMID:25867255.
13. Martins-Júnior PA, Ramos-Jorge J, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Validations of the brazilian version of the early childhood oral health impact scale (ECOHis). *Cad Saude Publica*. 2012 Feb;28(2):367-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200015>. PMID:22331162.

14. Meneghim MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghim ZMAP. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Cien Saude Colet*. 2007 Apr;12(2):523-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200028>. PMID:17680106.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Portaria 718/SAS. Diário Oficial da União. Brasília, 2010.
16. Ramadan YH, Koltermann AP, Piovesan C. Cárie dentária em crianças brasileiras: tendência e polarização. *Disciplinarum Scientia. Série. Ciênc Saúde*. 2014 Mar;15(1):137-46.
17. Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH, Bervian J, Rodrigues PH, Peres MA. Exploring the impact of oral diseases and disorders on quality of life of preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013 Aug;41(4):327-35. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12035>. PMID:23330729.
18. Rosa GN, Buzzati BCS, Piovesan C, Mendes FM, Oliveira MDM, Ardenghi TM. Impact of malocclusion on oral health-related quality of life of preschool children. *Rev Gaucha Odontol*. 2015 Jan/Mar;63(1):33-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720150001000052959>.
19. Carminatti M, Lavra-Pinto B, Franzon R, Rodrigues JA, Araújo FB, Gomes E. Impacto da cárie dentária, maloclusão e hábitos orais na qualidade de vida relacionada à saúde oral em crianças pré-escolares. *Audiol Commun Res*. 2017;22:E1801. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1801>.
20. Antunes LAA, Leão AT, Maia LC. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. *Cien Saude Colet*. 2012 Dec;17(12):3417-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200026>. PMID:23175417.
21. Cortes MIS, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12–14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Jun;30(3):193-8. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300305.x>. PMID:12000342.
22. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influência do ambiente familiar sobre a saúde bucal de crianças: uma revisão sistemática. *J Pediatr*. 2013 Apr.;89(2):116-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.014>. PMID:23642420.
23. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries-international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Aug;33(4):274-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00235.x>. PMID:16008634.
24. Wennhall I, Mårtensson EM, Sjunnesson I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries- preventive effect of an oral health program for preschool children in a low socio-economic, multicultural area in Sweden: results after one year. *Acta Odontol Scand*. 2005 Jun;63(3):163-7. <http://dx.doi.org/10.1080/00016350510019900>. PMID:16191910.
25. Simões-Zenari M, Bitar ML. Factors associated to bruxism in children from 4-6 years. *Pro Fono*. 2010 Oct-Dec;22(4):465-72. PMID:21271101.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Gabrielle Dovigo, UNIARA – Universidade de Araraquara, Avenida Maria Antonia Camargo de Oliveira – Vila Suconasa, 170, 14807-120, Araraquara - SP, Brasil, e-mail: gabi_dovigo@yahoo.com.br

Recebido: Setembro 29, 2021

Aprovado: Outubro 16, 2021



FICHA CLÍNICA (5anos)

DATA EXAME: _____

Nome: _____

Idade: _____

Data nascimento: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Escola: _____

Período: Manhã () Tarde ()

Turma: _____

AVALIAÇÃO DE CARIE

DENTES DECÍDUOS

c	e	o	oo	lig	tp

DENTES PERMANENTES

C	P	O	CPO	HIG	n

CONDIÇÃO DENTAL

Código (CEO-D)	Código (CEO-D)	Critério
A	0	Hígido
B	1	Cariado
C	2	Restaurado com cárie
D	3	Restaurado sem cárie
E	4	Perdido por cárie
-	5	Perdido por outras causas
F	6	Selante
G	7	Apoio de ponte ou coroa
-	8	Dente não erupcionado
T	T	Traumatismo (fratura)
-	9	Excluído

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			



FICHA CLÍNICA (Jatos)

DATA EXAME: _____
 Nome: _____
 Idade: _____
 Data nascimento: _____
 Sexo: Masculino () Feminino ()
 Escola: _____
 Período: Manhã () Tarde ()
 Turma: _____

AVALIAÇÃO DA OCLUSÃO

INDICE FOSTER; HAMILTON

Relação Antero Posterior (caninos)

Classe I	Classe I	Classe I	Assimétrica

Trespasse Horizontal (Sobresaliência)

Normal	Aumentada	Topo a Topo	MCA

Sobremordida

Normal	Reduzida	Aberta	Profunda

Mordida Cruzada Posterior

Ausência	Presença

INDICE GRABOWSKI

Chave de Canino

Classe I - normal	Classe I	Classe I	Assimétrica

Sobresaliência

Normal - 0 a 2 mm	Aumentada: > 2mm	Diminuída: < 0mm

Sobremordida

Normal - 0 a 2 mm	Aumentada: > 2mm	Diminuída: < 0mm

Trespasse Transversal Posterior

Normal	M. Cruzada Unilateral	M. Cruzada Bilateral	Tesoura



QUESTIONÁRIO (5anos)
(Dimberg et al., 2015)

HÁBITOS DE SUÇÃO, DISTÚRPIO DE RESPIRAÇÃO, ALERGIAS,
TRAUMA DENTAL E TRATAMENTO ORTODÔNTICO

1. Seu filho ronca enquanto dorme?
 sim não

2. Seu filho tem interrupções respiratórias enquanto dormindo?
 sim não

3. Seu filho tem alguma alergia? Se sim, que tipo de alergia?
 sim não

4. Seu filho tem um hábito de mordida ou sucção? Se sim, o que tipo de hábito?
 sim não

5. Seu filho já experimentou algum trauma dentário? Se sim, quais dentes / dentes?
 sim não

6. Seu filho já teve tratamento ortodôntico? Se sim, que tipo de tratamento?
 sim não



QUESTIONÁRIO QUALIDADE DE VIDA (ECHOIS)- ANEXO 4

1. Sua criança já sentiu dores nos dentes, na boca ou nos maxilares (ossos da boca)?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
2. Sua criança já teve dificuldade em beber bebidas quentes ou frias devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
3. Sua criança já teve dificuldade para comer certos alimentos devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
4. Sua criança já teve dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
- 5a. Sua criança já faltou à creche, jardim de infância ou escola devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
- 5b. Sua criança já deixou de fazer alguma atividade diária (ex.: brincar, pular, correr, ir à creche ou escola etc.) devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
6. Sua criança já teve dificuldade em dormir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
7. Sua criança já ficou irritada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei

8. Sua criança já evitou sorrir ou rir devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
9. Sua criança já evitou falar devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
10. Você ou outra pessoa da família já ficou aborrecida devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
11. Você ou outra pessoa da família já se sentiu culpada devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
12. Você ou outra pessoa da família já faltou ao trabalho devido a problemas com os dentes ou tratamentos dentários de sua criança?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei
13. Sua criança já teve problemas com os dentes ou fez tratamentos dentários que causaram impacto financeiro na sua família?
 Nunca Quase nunca As vezes Com frequência
 Com muita frequência Não sei



QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
(Meneghim et al., 2007)

NOME DO RESPONSÁVEL: _____
 NOME DA CRIANÇA: _____ IDADE: _____
 DATA: ____/____/____ ESCOLA: _____ ANO: _____

1. SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA (Renda familiar mensal):
 A. () até R\$520,00 (até 1 salário mínimo)
 B. () de R\$ 521,00 a R\$ 1040,00 (1 a 2 salários mínimos)
 C. () de R\$1041,00 a R\$ 1560,00 (2 a 3 salários mínimos)
 D. () de R\$ 1521,00 a R\$ 2600,00 (3 a 5 salários mínimos)
 E. () de R\$ 2601,00 a R\$ 3640,00 (5 a 7 salários mínimos)
 F. () de R\$ 3641,00 a R\$ 5200,00 (8 a 10 salários mínimos)
 G. () Acima de R\$ 5201,00 (acima de 10 salários mínimos)
2. NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA (Residentes na mesma casa):
 A. () até 2 pessoas B. () 3 pessoas C. () 4 pessoas D. () 5 pessoas
 E. () 6 pessoas F. () acima de 6 pessoas
3. GRAU DE INSTRUÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

PAI ou RESPONSÁVEL	MÃE	
A. ()	()	Não alfabetizado
B. ()	()	Alfabetizado
C. ()	()	1ª a 4ª série incompleta (antigo Primário)
D. ()	()	1ª a 4ª série completa (antigo Primário)
E. ()	()	5ª a 8ª série incompleta (antigo Ginásial)
F. ()	()	5ª a 8ª série completa (antigo Ginásial)
G. ()	()	1º Grau incompleto (antigo Colegial)
H. ()	()	2º Grau completo (antigo Colegial)

- I. () () Superior incompleto
- J. () () Superior completo (Faculdade)

4. HABITAÇÃO (Moradia)

- A. () Residência própria quitada
- B. () Residência própria com financiamento a pagar
- C. () Residência cedida pelos pais ou parentes
- D. () Residência cedida em troca de trabalho
- E. () Residência alugada
- F. () Residência cedida por não ter onde morar

5. A FAMÍLIA RECEBE ALGUMA AJUDA DO GOVERNO?

- A. () não
- B. () sim, bolsa família
- C. () sim, outra _____

6. COM QUEM A CRIANÇA MORA? QUAL OCUPAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS?

- A. () Pai e mãe, ambos empregados
- B. () Pai e mãe, pai empregado
- C. () Pai e mãe, mãe empregada
- D. () Pai e mãe, ambos desempregados
- E. () Somente mãe, empregada
- F. () Somente mãe, desempregada
- G. () Somente pai, empregado
- H. () Somente pai, desempregado

7. DURANTE O PERÍODO EM QUE A CRIANÇA NÃO ESTÁ NA ESCOLA, ELA FICA SOB OS CUIDADOS DE QUEM?

- () mãe () pai () avós () vizinhos/amigos
- () outros _____

8. VOCÊ CONSIDERA A SAÚDE GERAL DO SEU FILHO:

- () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim

9. E COMO VOCÊ CONSIDERA A SAÚDE BUCAL DO SEU FILHO:

- () Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim