
O impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas

The impact of oral diseases of adolescents on the routine of families of different socioeconomic classes

Ronald Jefferson Martins¹, Naiana de Melo Belila¹, Cléa Adas Saliba Garbin¹, Artênio José Ísper Garbin¹

¹Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, Araçatuba-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Avaliar o impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas. **Métodos** – Participaram desta pesquisa pais ou responsáveis dos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios da região noroeste paulista. Responderam o questionário “Instrumental de Avaliação Socioeconômica”, para classificar a família quanto à classe socioeconômica e a Escala de Impacto Familiar, para avaliar o impacto das doenças bucais e orofaciais de adolescentes na rotina familiar. **Resultados** – Participaram da pesquisa 172 indivíduos. A maioria pertencia a Classe Baixa Superior (61%). Observou-se relação significativa da subescala “atividade dos pais/família”, “emoções familiares” e “conflito familiar”, entre as classes Baixa Inferior x Média, Baixa Superior x Média Inferior e Baixa Superior x Média; já na subescala “encargos financeiros”, houve relação entre as classes Baixa Superior x Média. Porém, a subescala que acarretou maior impacto na rotina familiar, foi a da “atividade dos pais/família”, tendo afetado todas as classes socioeconômicas. **Conclusão** – Concluímos que as doenças bucais de adolescentes apresentam impacto sobre a rotina das famílias de diferentes classes socioeconômicas.

Descritores: Saúde bucal; Adolescente; Classe social

Abstract

Objective – To evaluate the impact of oral diseases of adolescents on the routine of families of different socioeconomic classes. **Methods** – Participated in this survey parents or guardians of students from 11 to 14 years old, regularly enrolled in elementary school public schools in two municipalities in the northwest region of São Paulo. They answered the questionnaire "Socioeconomic Evaluation Toolkit", to classify the family as to the socioeconomic class and the Family Impact Scale, to evaluate the impact of oral and orofacial diseases of adolescents in the family routine. **Results** – 172 individuals participated in the study. The majority belonged to the Lower High Class (61%). It was observed a significant relation of the sub-scale "activity of the parents / family", "family emotions" and "family conflict", between Lower Low vs. Average, Upper Low vs. Lower Middle and Lower High x Average; already in the subscale "financial charges", there was a relation between the Low and High classes. However, the subscale that had the greatest impact on the family routine was that of "parent / family activity", affecting all socioeconomic classes. **Conclusion** – We conclude that oral diseases of adolescents have an impact on the routine of families of different socioeconomic classes.

Descriptors: Oral health; Adolescent; Social class

Introdução

No Brasil, ocorre o perverso crescimento da desigualdade na distribuição de renda da população, o que provoca a elevação dos níveis de pobreza e exclui esta população dos fatores ligados à saúde e qualidade de vida¹. Constata-se que o modelo econômico vigente no país garante e privilegia o crescimento da economia; entretanto, provoca um real *apartheid* social².

Normalmente, nas famílias de maior nível socioeconômico, a casa representa um espaço de proteção para seus integrantes². Apresentam melhores condições de saúde bucal, devido à maior escolaridade, acesso a informações e tratamentos preventivos e curativos, além de maior frequência da procura pelo serviço odontológico rotineiro³.

Já nas famílias pobres, marcadas pela fome, miséria e supressão de direitos, a casa representa um espaço de privação, instabilidade e dissolução dos laços afetivos e de solidariedade².

A carência é revelada pela falta de acesso aos recursos básicos que garantam uma qualidade de vida digna; entre eles saneamento básico, alimentação, moradia,

renda e educação. A falta de acesso a bens materiais e de serviço torna as famílias vulneráveis, impede sua ascensão a maiores níveis de bem-estar e provoca as iniquidades em saúde, o que leva a sofrerem problemas de saúde evitáveis^{1,4}.

Os pais apresentam importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos seus filhos⁵. É no seio familiar onde ocorrem as primeiras identificações do indivíduo, constituindo a principal fonte de estímulo para o desenvolvimento de sua personalidade, cuja influência se deve ao contexto cultural e as características particulares de cada família⁶.

A adoção de hábitos comportamentais coerentes na infância começa em casa com os pais, principalmente com a mãe, que desempenha um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos⁷. Desta forma, os pais exercem papel fundamental na prevenção das enfermidades bucais, na motivação para melhora da higiene bucal e prevenção de lesões cáries de seus filhos⁵.

Os hábitos de higiene e o conhecimento dos pais sobre saúde bucal influenciam nas condições da saúde

de seus filhos. Os adolescentes de pior situação socioeconômica são mais propensos ao desenvolvimento de doenças bucais, seja pela falta dos instrumentos necessários para uma higiene adequada; devido à saúde bucal não poder ser uma prioridade, já que existem outras mais importantes; ou pouco acesso a informações e tratamento⁷. A equidade no acesso aos serviços de saúde e suas ações ainda é um problema a ser enfrentado no país, principalmente devido à relação das doenças bucais com as condições socioeconômicas desfavoráveis⁸.

Todos esses fatores levam ao aumento nos índices de cárie dentária entre os pais e filhos, gerando experiências desagradáveis como a dor, que ocasionam dificuldades para falar, mastigar, deglutir, diminuição de apetite, prejuízo no convívio social e no rendimento escolar⁹. Em consequência, esses sinais e sintomas das doenças bucais dos filhos podem interferir na rotina dos pais ou responsáveis.

Os indicadores clínicos da Odontologia possuem limitações para avaliar os impactos das doenças bucais no seio familiar ou no indivíduo, sendo, por esta razão, desenvolvidos instrumentos específicos para isso¹⁰. Entretanto, poucos estudos procuraram analisar o impacto das doenças bucais de adolescentes na rotina familiar.

Baseado nisso, este trabalho teve por objetivo avaliar o impacto das doenças bucais de adolescentes do ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios do noroeste do Estado de São Paulo, Brasil, na rotina de famílias de diferentes classes socioeconômicas.

Métodos

Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, de caráter transversal e abordagem quantitativa.

Participaram deste trabalho todos os pais ou responsáveis pelos alunos de 11 a 14 anos, regularmente matriculados no ensino fundamental das escolas públicas de dois municípios de pequeno porte da região noroeste paulista: Américo de Campos e Pontes Gestal. Esses municípios foram escolhidos por serem de pequeno porte, com a população predominantemente urbana e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), renda (Renda IDH) e educação (Educação IDH) semelhantes.

Foram excluídos os indivíduos que não se dispuseram em fazer parte do estudo e os que entregaram o questionário respondido de forma incompleta.

A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2015. Inicialmente, contataram-se os secretários municipais de educação e diretores das escolas para esclarecimento do propósito do estudo e posterior uso dos dados coletados, com a finalidade de obter apoio para realização do trabalho. Os mesmos esclarecimentos foram dados aos pais dos alunos no dia da reunião de pais e mestres.

Posteriormente, foi entregue aos pais ou responsáveis os questionários:

a) Instrumental de Avaliação Socioeconômica, a fim de classificar as famílias quanto à classe socioeconômica. Nesta escala, a situação econômica da família vale de 01 a 21 pontos (renda bruta de até ½ salário

mínimo a mais de 100 salários mínimos), o número de membros residentes vale de 01 a 06 pontos (acima de 8 até 1 a 2 membros), escolaridade dos familiares vale de 0 a 07 pontos (analfabeto até superior completo), condição / situação da habitação vale de 0 a 10 pontos e ocupação do chefe da família vale de 01 a 13 pontos. A soma desses indicadores classifica as famílias em seis classes, classe Baixa Inferior (BI), Baixa Superior (BS), Média Inferior (MI), Média (ME), Média Superior (MS) e Alta (AL) sendo a “Alta” (de 55 a 57 pontos) a mais favorecida e a “Baixa Inferior” (de 0 a 20 pontos) a menos favorecida¹¹.

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. Foi desenvolvida no Canadá por Jokovic¹⁰ e adaptado transculturalmente na língua portuguesa do Brasil e validado por Goursand et al¹². 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 al¹³, pois estes dados indicam que os filhos “Nunca” relataram este item a seus pais.

As subescalas do FIS foram analisadas através do programa BioStat 5.0¹⁴. Devido à pontuação não ter sido distribuída normalmente, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis para avaliar a diferença de escores médios entre as subescalas e as classes econômicas, com o nível de significância de 5%. Devido a detecção de diferença significativa entre as classes socioeconômicas, realizou-se a análise com o Teste Dunn de comparações múltiplas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, dentro dos padrões exigidos pela Resolução 466/12, com o número de processo CAAE: 39094214.2.0000.5420. Todos os participantes que concordaram em participar assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

O universo da pesquisa foi composto por 412 pais ou responsáveis. Destes, 172 (41,8%) responderam a pesquisa. Pelo cálculo de amostra com erro amostral de 7% e nível de confiança de 95%, a amostra necessária seria de 134 indivíduos, tendo sido obtido uma porcentagem de 22,1% a mais no tamanho da amostra.

Baseado no Instrumental de Avaliação Socioeconômica, 20,4% dos chefes da família pertenciam a Classe

Tabela 1. Distribuição numérica e porcentual das respostas dos subgrupos do questionário FIS segundo as classes socioeconômicas, Araçatuba, 2015

FIS

Subgrupo	Atividade dos pais/família													
	Respostas		Nunca		Uma ou duas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		Total	
Classe Socioeconômica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BI	123	14,3	18	2,1	27	3,1	14	1,6	3	0,3	185	21,5		
BS	375	43,6	57	6,6	68	7,9	12	1,4	3	0,3	515	59,9		
MI	59	6,9	18	2,1	31	3,6	14	1,6	3	0,3	125	14,5		
ME	13	1,5	1	0,1	8	0,9	7	0,8	6	0,7	35	4,1		
Total	570	66,3	94	10,9	134	15,6	47	5,5	15	1,7	860	100		

Subgrupo	Emoções familiares													
	Respostas		Nunca		Uma ou duas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		Total	
Classe Socioeconômica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BI	116	16,9	4	0,6	19	2,8	8	1,2	1	0,1	148	21,5		
BS	333	48,4	29	4,2	33	4,8	10	1,4	7	1	412	59,9		
MI	62	9	8	1,2	14	2	13	1,9	3	0,4	100	14,5		
ME	5	0,7	2	0,3	7	1	10	1,4	4	0,6	28	4,1		
Total	516	75	43	6,3	73	10,6	41	5,9	15	2,2	688	100		

Subgrupo	Conflito familiar													
	Respostas		Nunca		Uma ou duas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		Total	
Classe Socioeconômica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BI	121	17,6	9	1,3	13	1,9	5	0,7	-	-	148	21,5		
BS	332	48,3	40	5,8	30	4,4	9	1,3	1	0,1	412	59,9		
MI	63	9,1	9	1,3	17	2,5	10	1,4	1	0,1	100	14,5		
ME	7	1	3	0,4	9	1,3	4	0,6	5	0,7	28	4,1		
Total	523	76	61	8,9	69	10	28	4,1	7	1	688	100		

Subgrupo	Encargos financeiros													
	Respostas		Nunca		Uma ou duas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Quase sempre		Total	
Classe Socioeconômica	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BI	32	18,6	1	0,6	4	2,3	-	-	-	-	37	21,5		
BS	91	52,9	5	2,9	6	3,5	1	0,6	-	-	103	59,9		
MI	21	12,2	1	0,6	1	0,6	1	0,6	1	0,6	25	14,5		
ME	2	1,2	-	-	3	1,7	1	0,6	1	0,6	7	4,1		
Total	146	84,9	7	4,1	14	8,1	3	1,7	2	1,2	172	100		

Tabela 2. Associação entre os subgrupos da escala FIS e classes socioeconômicas, Araçatuba 2015

FIS				
Subgrupos	Atividade dos pais/família	Emoções familiares	Conflito familiar	Encargos financeiros
Baixa Inferior				
Classe				
Baixa Superior	ns	ns	ns	ns
Média Inferior	ns	ns	ns	ns
Média	<0,05	<0,05	<0,05	ns
Subgrupos	Atividade dos pais/família	Emoções familiares	Conflito familiar	Encargos financeiros
Baixa Superior				
Classe				
Média Inferior	<0,05	<0,05	<0,05	ns
Média	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Subgrupos	Atividade dos pais/família	Emoções familiares	Conflito familiar	Encargos financeiros
Média Inferior				
Classe				
Média	ns	ns	ns	ns

BI, 61% a Classe BS, 14,5% a Classe MI e 4,1% a Classe ME. Devido ao fato de apenas um único participante pertencer a Classe MS, este foi incluído na classe ME.

Em relação à escala FIS, podemos verificar na Tabela 1 o número e porcentagem da prevalência de respostas “nunca”, “uma ou duas vezes”, “algumas vezes”, “frequentemente” e “todos os dias ou quase todos os dias”, em cada subescala nas diferentes classes socioeconômicas.

Na Tabela 2 observamos que o resultado do teste Kruskal-Wallis na escala FIS, foi significativo em algumas classes socioeconômicas, com p valor <0,0001, razão pela qual a análise foi continuada com o teste Dunn para comparações múltiplas. Com respeito às subescalas, obtivemos relação significativa da subescala “atividade dos pais/família (PA)”, “emoções familiares (PE)” e “conflito familiar (FC)”, entre as classes BI x ME, BS x MI e BS x ME; já na subescala “encargos financeiros (FB)”, houve relação entre as classes BS x ME.

Discussão

A relação entre nível socioeconômico e condições de saúde está bem descrita na literatura. Os indivíduos de maior renda e educação apresentam melhores condições de saúde quando comparados com indivíduos de posições inferiores, o que revela uma graduação social nas condições de morbidade e mortalidade⁶.

Em especial, a cárie dentária, com a diminuição nos índices, observa-se a ocorrência do fenômeno da polarização, onde a doença aparece concentrada na parcela

mais pobre da população; além da presença de um porcentual maior de crianças livres da doença na parcela mais abastada da população. Portanto, revela-se grande iniquidade social na experiência e distribuição dessa condição no país^{6,15}.

As iniquidades socioeconômicas também são reveladas pelas dificuldades de acesso e utilização dos serviços odontológicos individuais ou coletivos, onde grande parcela dos mais pobres nunca participou de programas educativos, preventivos ou curativos em saúde bucal⁶.

Uma condição bucal saudável é de suma importância para manter o bem-estar geral do indivíduo, possibilitando a execução das funções diárias¹⁶. Os efeitos das doenças bucais apresentam aspectos negativos na vida do indivíduo que ainda está na fase da infância e adolescência, como dificuldade para se socializar, mastigar, deglutir, falar, dormir, falta de apetite, baixa auto-estima e mudanças de comportamento; que podem prejudicar até mesmo o rendimento escolar¹⁷.

O comportamento dos pais e familiares possui íntima relação com os hábitos de higiene dos filhos, que por sua vez são influenciados pelo ambiente social no qual estão inseridos. Esses fatores afetam diretamente o número de dentes cariados na infância e adolescência e a ocorrência da doença periodontal, que são problemas comuns de saúde pública^{7,18}.

Hábitos de saúde bucal favoráveis, como escovação adequada e moderado consumo de açúcar, apresentam impacto positivo sobre a higiene bucal dos filhos¹⁹. Um estudo realizado no estado de Minas Gerais, Brasil,

mostrou relatos de mães que afirmavam saber a importância de uma alimentação saudável e não cariogênica para a família, mas diziam não conseguir mantê-la diariamente. Foi citada a presença de cárie em quase a totalidade dos filhos das entrevistadas, que consideravam a presença da doença algo corriqueiro e almejavam manter seus dentes até o final da vida²⁰. Dessa forma, pode ser averiguado que as doenças bucais estão em torno do seio familiar e não causam apenas prejuízos aos indivíduos que a possuem, mas também apresentam impacto negativo sobre toda a família.

Em nosso estudo, a subescala que acarretou maior impacto na rotina familiar, foi a da “atividade dos pais/família”, tendo afetado todas as classes socioeconômicas. Os pais muitas vezes tiveram suas atividades normais suprimidas, sentindo-se muitas vezes perturbados, tendo seu sono interrompido, precisando pedir dispensa do trabalho, sentindo-se culpados e relatando ter menos tempo para si próprios. Este achado corrobora um trabalho onde muitas vezes os pais precisaram faltar ao trabalho para levar os filhos ao atendimento odontológico²¹.

Além disso, observou-se relação significativa entre a classe socioeconômica e o impacto das doenças bucais na família. Os problemas bucais tendem a produzir impactos financeiros, aumentando o estresse e o conflito entre os familiares²².

Em pesquisas realizadas com pais de crianças com necessidade de cuidados especiais, os relatos desses responsáveis mostraram queda em sua qualidade de vida devido às grandes preocupações que eram atribuídas aos seus filhos e pela dificuldade para cuidar da saúde bucal e realizar a prevenção da cárie dentária^{23,24}.

A perda precoce dos dentes, afeta o sorriso considerado esteticamente agradável e torna as pessoas mais vulneráveis a sentimentos de inferioridade, rejeitadas e inseguras; impondo às mesmas uma situação social desfavorável²⁵. Relatos de mães mostram a grande preocupação com a saúde bucal e bem-estar geral de seus filhos, pois não queriam que eles tivessem as mesmas experiências desagradáveis que já haviam vivenciado. A falta de acesso devido aos altos custos do serviço odontológico e a presença de dor em seus filhos são motivos que causam culpa e perda da qualidade de vida das mães²⁰. Esta observação concorda com o nosso trabalho, sendo que a subescala “emoções familiares” mostrou grande impacto nos pesquisados, onde os respondentes possuíam grande preocupação quanto à perda de oportunidades pelos filhos; como relacionamentos e empregos; além de se sentirem desconfortáveis em lugares públicos.

A família propicia o suporte afetivo e de materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus membros, desempenhando um papel fundamental na educação formal e informal. Em sua estrutura são adquiridos valores éticos e morais e aprofundados os laços de solidariedade². Por essa razão, os elementos da estrutura e contexto familiar podem ser agravantes ou não no processo saúde-doença, devendo ser aprofundada a compreensão de fatores familiares e seus efeitos sobre a saúde bucal¹⁸.

A realidade das famílias pobres revela que são negados os direitos básicos para que se tenha uma vida digna, impedindo a ocorrência de harmonia no seio familiar e que a mesma seja o impulso para o desenvolvimento saudável de seus membros. Por essa razão, as políticas públicas devem apresentar uma atuação maior sobre as famílias, a fim de assegurar direitos e propiciar condições para que ocorra uma efetiva participação da família no desenvolvimento de seus filhos, uma vez que a família não dispõe de redes de apoio para o enfrentamento das adversidades, o que pode levar a sua desestruturação².

Programas educativos envolvendo todos os familiares deverão ser desenvolvidos, a fim de informar aos pais que seus hábitos de saúde bucal influenciam a saúde bucal de seus filhos e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Novos estudos que envolvam municípios maiores, onde existam unidades de ensino particulares e estudantes pertencentes a famílias de maior nível educacional e de renda precisarão ser realizados, a fim de confirmar a relação entre o nível socioeconômico e o impacto das doenças bucais na rotina familiar.

Conclusão

Os achados do estudo sugerem que as doenças bucais de adolescentes apresentam impacto sobre a rotina das famílias de diferentes classes socioeconômicas e que a subescala “atividade dos pais/família” é a de maior impacto em todas as classes socioeconômicas, mostrando desta forma que a interrupção da rotina familiar devido à supressão das atividades normais, sentimento de perturbação, interrupção do sono e pedido de dispensa do trabalho, tem maior importância que a própria condição da saúde bucal dos filhos.

Referências

1. Guareschi NMF, Reis CD, Huning SM, Bertuzzi LD. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estud Pesq Psicol.* 2007; 7(1):17-27.
2. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Cienc Saúde Coletiva.* 2005; 10(2):357-63.
3. Camargo MJB, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, et al. Predictores de la realización de consultas odontológicas de rutina y por problema en pré-escolares. *Rev Saúde Pública.* 2012;46:87-97.
4. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Rev Latino-Am. Enferm* 2016; 24:e2683 [Acesso 10 maio 2018]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02687.pdf>.
5. 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.* 2013;31:239-43.
6. Oliveira DKS, Nascimento DDG, Marcolino FF. Perceptions of family caregivers and professionals in the family health strategy related to the care and neuropsychomotor development of children. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2012;22:142-50.

7. Castilho AR, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*. 2013;89:116-23.
8. Neto JP, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1905-12.
9. Paredes SO, Galvão RN, Fonseca FRA. Influence of oral health on the life quality of preschool children. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2014;38:125-39.
10. 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;81:459-63.
11. Graciano MIG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev Serv Soc Saúde*. 2010;9(9):157-85.
12. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Podesus IA, Allison PJ. Family Impact Scale (FIS): psychometric properties of the Brazilian Portuguese language version. *Eur J Paediatr Dent*. 2009;10:141-6.
13. Jokovic A, Locker D, Stephens M, et al. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent*. 2003;63(2):67-72.
14. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AS. *BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas [Programa de Computador]*. Belém: Ong Mamieraua; 2007.
15. Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJ, 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):1035-41.
16. Bica I, Duarte J, Camilo A, Jesus A, Ferreira C, Oliveira F, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: percepção parental das crianças em idade pré-escolar. *Millenium*. 2014;47:141-52.
17. Barbosa T, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Quality of life and oral health in children and adolescents: conceptual and methodological aspects. *Physis*. 2010;20:283-300.
18. Almeida TF, Vianna MIP. Family context and preschool children's oral health: a systematic review with emphasis on psychosocial factors. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37:739-56.
19. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A, Anwar S, et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2004;21(1): 102-11.
20. Abreu MHNG, Podesus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):245-59.
21. 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.
22. Stein RE, Jessop DJ. The impact on family scale revisited: further psychometric data. *J Dev Behav Pediatr*. 2003;24:9-16.
23. 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;66:1343-50.
24. Santos MTR, Biancardi M, Celiberti P, de Oliveira Guaré R. Dental caries in cerebral palsied individuals and their caregivers' quality of life. *Child Care Health Dev*. 2009;35:475-81. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00976.x
25. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva*. [online]. 2005; 10(4):1015-24.

Endereço para correspondência:

Ronald Jefferson Martins
Av. Joaquim Pompeu de Toledo, 1777 - Bairro Icaraí
Araçatuba-SP, CEP 16020-405
Brasil

E-mail: rojema@foa.unesp.br

Recebido em 01 de julho de 2018
Aceito em 18 de dezembro de 2018