

Fatores associados à experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em escolares

Factors associated with caries experience and oral health-related quality of life in schoolchildren

Marta Todero Carteri*

Ligiane Baccin Dallagnol**

Bruno Emmanuelli***

Antônio Augusto Iponema Costa****

Simone Tuchenhagen*****

Resumo

Objetivo: avaliar a associação do nível socioeconômico da família e o grau de conhecimento dos pais sobre saúde bucal e a experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares de 12 anos no município de Estação, RS. Métodos: a partir de um levantamento epidemiológico, 50 crianças (taxa de resposta: 81%) foram avaliadas por meio de exame clínico bucal, utilizando como critério de diagnóstico o índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), e entrevista estruturada, utilizando a versão brasileira reduzida do *Child Perceptions Questionnaire 11-14* (CPQ 11-14), para medir o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. Os responsáveis responderam um questionário sobre condição socioeconômica da família, procura por atendimento odontológico e conhecimentos sobre saúde bucal. Foram considerados três desfechos distintos: experiência de cárie, presença de cárie não tratada e a severidade do CPQ 11-14. Resultados: a prevalência de cárie foi de 46%; desses, 24% possuíam pelo menos um dente com cavidade de cárie não tratada. A experiência de cárie e presença de lesões não tratadas foram associadas a fatores psicológicos, como a autopercepção em saúde bucal, e fatores socioeconômicos (possuir plano de saúde e tipo de serviço odontológico utilizado). Além disso, a autopercepção também se mostrou associada a fatores socioeconômicos e ao conhecimento dos pais sobre saúde bucal. Conclusão: fatores psicossociais, nível econômico da família e conhecimentos dos pais sobre saúde bucal estão associados à ocorrência de cárie e ao maior impacto na qualidade de vida em escolares.

Palavras-chave: Cárie dentária. Classe social. Estudos transversais. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v24i2.10445>

* Cirurgião-dentista, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *Campus* Erechim, Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil.

** Cirurgião-dentista, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *Campus* Erechim, Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil.

*** Doutor em Ciências Odontológicas, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *Campus* Erechim, Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil.

**** Mestre em Clínica Odontológica, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *Campus* Erechim, Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil.

***** Doutora em Saúde Pública, Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, *Campus* Erechim, Erechim, Rio Grande do Sul, Brasil.

Introdução

Nas últimas décadas, houve uma significativa melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros. Alguns autores, porém, afirmam que a redução na prevalência de cárie ao longo dos anos, embora tenha sido significativa e gradual, não ocorreu de forma homogênea para todos os indivíduos^{1,2}. Enquanto algumas camadas populacionais possuem baixas incidência e prevalência de cárie, outras apresentam índices muito altos da doença. De acordo com estudos recentes, os países desenvolvidos possuem maior declínio da doença, do ponto de vista epidemiológico³, possivelmente pela melhora da qualidade de vida, por exposição a fluoretos, ações de estímulo e educação em saúde bucal, além de acesso a serviços odontológicos.

No contexto brasileiro, o levantamento epidemiológico realizado em 2010 pelo Ministério da Saúde, SB Brasil, evidenciou um aumento significativo no número de crianças livres da cárie aos 12 anos, passando de 31%, em 2003, para 44%, em 2010⁴. Além disso, entre os anos de 2003 e 2008, com o Brasil Sorridente, 17,5 milhões de crianças de 12 anos passaram a ser atendidas por um dentista⁵.

Complicações sistêmicas, psicológicas e sociais estão associadas à presença de lesões de cárie em crianças⁶. Episódios de dor, dificuldade de mastigação e perda prematura dos dentes diminuem a qualidade de vida na infância. Crianças com dor dentária têm suas atividades cotidianas, como comer, dormir e brincar, afetadas; além disso, a dor dentária é a principal razão de falta escolar, afetando também o rendimento escolar^{6,7}.

Condições socioeconômicas da família estão fortemente relacionadas à ocorrência da doença cárie: indivíduos em situação econômica desfavorável apresentam maior experiência de cárie¹. Tem sido demonstrado que menor renda pode ser um determinante ao acesso a serviços de saúde^{8,9}. Além disso, a literatura tem sido consistente em demonstrar a associação entre boa saúde bucal e variáveis como visitas ao dentista, conhecimento dos pais sobre saúde bucal e uso de fluoretos^{6,10-13}.

A maioria dos estudos em relação à prevalência de cárie e a fatores associados a essa condição e à qualidade de vida relacionada à saúde bucal

de escolares são realizados em grandes centros ou cidades de grande porte¹⁴⁻¹⁶. São escassos estudos que busquem avaliar tais condições em populações residentes em cidades interioranas e de pequeno porte. É possível que, nesses locais, o padrão de ocorrência da doença e o impacto que ela exerce sobre aspectos psicossociais sejam diferentes daqueles observados em cidades maiores.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação do nível socioeconômico da família e o grau de conhecimento dos pais sobre saúde bucal na experiência de cárie e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de escolares de 12 anos no município de Estação, RS.

Materiais e método

Local da pesquisa

Estação é um município do interior do Rio Grande do Sul, situado na região norte do estado, com cerca de 6 mil habitantes e 96,59km² de área. Emancipado em 1988, possui como principal fonte econômica a agricultura e a indústria. Segundo o Censo 2010, 26% da população possuía rendimento mensal *per capita* de meio salário mínimo¹⁷. A água da cidade provém de poço artesiano com tratamento realizado pela Companhia Riograndense de Saneamento (Corsan). O município conta com duas Unidades Básicas de Saúde com atendimento odontológico e um total de 8 dentistas cadastrados no Conselho Regional de Odontologia (CRO-RS).

Dados do último censo revelam que existiam, no município, cerca de 450 indivíduos com idade entre 10 e 14 anos em 2010¹⁷.

Participantes

O município de Estação conta com uma única escola que atende à faixa etária pretendida, a Escola Estadual de Ensino Médio Francisco de Assis.

A seleção da amostra se deu na forma de um censo, em que foram convidadas a participar todas as crianças de 12 anos regularmente matriculadas na escola, sendo excluídas crianças portadoras de síndromes ou deformidades que poderiam comprometer os resultados, bem como aquelas que apresentassem algum problema de

saúde ou pessoal no dia do exame clínico e aplicação dos questionários.

Coleta dos dados

Dados a respeito da cárie dentária foram coletados por meio de exame clínico bucal, utilizando como critério de diagnóstico o índice CPO-D (somatório dos dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), segundo os critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde¹⁸. Os exames foram realizados de forma individual, em uma sala cedida pela escola, sob luz natural, com uso de abaixadores de língua de madeira descartáveis e gaze para secar as superfícies dentárias previamente higienizadas com escova dental e dentifrício fluoretado.

As avaliações foram realizadas por uma única avaliadora, previamente calibrada para o exame, e os resultados obtidos foram anotados em uma ficha clínica especialmente confeccionada para a pesquisa. O processo de calibração foi realizado por meio de aula teórica, ministrada por uma pesquisadora com experiência em levantamentos epidemiológicos, e avaliação de imagens relacionadas às condições dentárias a serem avaliadas no estudo (calibração *in lux*); as avaliações foram repetidas com o intervalo de uma semana e o *kappa* intraexaminador obtido foi de 0,86.

O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das crianças foi avaliado com a versão reduzida do *Child Perceptions Questionnaire 11-14* (CPQ 11-14), previamente traduzido e validado para ser utilizado no Brasil^{19,20}. O questionário é composto de 16 questões que podem ser respondidas com alternativas cujos valores variam de 0 a 4; o escore final é calculado por meio da soma de todas as respostas, podendo variar de 0 a 64, em que valores mais altos demonstram um maior impacto das condições bucais na qualidade de vida. Além disso, pode ser calculada a severidade do impacto, dividindo a amostra entre as crianças que responderam “todos os dias ou quase todos os dias” para pelo menos uma questão e as que não o fizeram.

Um questionário autoaplicável foi enviado para a casa das crianças para ser respondido pelos responsáveis, abrangendo questões sobre nível socioeconômico da família, variáveis de-

mográficas da criança, questões relacionadas à procura ao cirurgião-dentista para a criança e ao conhecimento dos pais sobre saúde bucal. Os pais foram questionados sobre: renda mensal da família, escolaridade materna e paterna, tipo de casa em que a família reside (alvenaria, madeira ou mista), número de aparelhos de televisão no domicílio, fonte de água (pública, poço ou outros), plano de saúde e local de atendimento odontológico (posto de saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS), dentista particular ou convênios). O conhecimento dos pais sobre saúde bucal foi avaliado por meio de questões de múltipla escolha, com uma alternativa correta para cada questão. Foi perguntado: “Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da doença cárie?”; “O que deve ser feito para evitar a doença?”; “Onde o flúor pode ser encontrado?”; “Qual a importância dos dentes de leite?”; e “Qual o período ideal para realização da primeira consulta odontológica?”.

Análise estatística

A análise descritiva revelou as principais características da amostra estudada, bem como a frequência dos eventos relacionados à saúde bucal. Para a análise estatística, foram comparadas crianças dos sexos masculino e feminino; a renda foi dicotomizada de acordo com a mediana; foram comparadas famílias com rendimento mensal de até 1,6 salários mínimos (correspondendo a aproximadamente R\$1.500,00) e as que recebiam mais que esse valor; a escolaridade dos responsáveis dividiu a amostra entre aqueles que estudaram até o ensino fundamental e os que chegaram ao ensino médio ou mais; o tipo de casa foi dividido em alvenaria ou madeira/mista; foi comparado o número de aparelhos de televisão em até 2 aparelhos no domicílio e mais de 2 aparelhos; a fonte de água foi dividida em pública ou poço/outras; famílias foram divididas entre aquelas que possuíam plano de saúde e as que não; o local de busca por atendimento odontológico foi dicotomizado em serviço público (posto ou UBS) ou privado (particular/convênio). Em relação aos conhecimentos dos pais sobre saúde bucal, aqueles que marcaram a alternativa correta das questões de múltipla escolha foram classificados como tendo conhecimentos adequados sobre o assunto.

Para comparação dos desfechos entre os grupos, foi utilizada regressão logística univariada e múltipla. Foram considerados três desfechos distintos: experiência de cárie, comparando-se indivíduos com qualquer experiência da doença e aqueles sem manifestações; presença de cárie não tratada, comparando indivíduos com um ou mais dentes com cavidade de cárie não tratada (componente “C” do CPO-D) e aqueles com a totalidade de dentes hígidos e/ou já restaurados; e, ainda, a severidade do CPQ 11-14, comparando indivíduos que responderam sofrer impacto das condições bucais todos os dias ou quase todos os dias, para pelo menos uma das questões, com aqueles que não o fizeram.

Foram incluídas no modelo múltiplo variáveis com $p < 0,10$ e mantidas no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$.

Preceitos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões de Erechim (CAAE: 68090017.9.0000.5351).

Foi solicitada autorização da 15ª Coordenadora Regional de Educação, responsável pela instituição de ensino onde foi feita a coleta de dados, e, posteriormente, foi realizado contato com o diretor da instituição, a fim de explicar os objetivos do estudo e coletar as autorizações necessárias para realização da pesquisa.

Além disso, os responsáveis consentiram a participação de seus filhos por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido e as crianças selecionadas foram examinadas e entrevistadas após assinatura do termo de assentimento.

Resultados

Foram avaliadas 50 crianças, o que corresponde a 81% de todas as convidadas. Dessas, a maioria era do sexo feminino (60%), pertencente a famílias que recebiam mais de 1,6 salários mínimos por mês (78%), cujas mães haviam estudado até o ensino médio (53%) e os pais, em sua maioria, possuíam até o ensino fundamental completo (62%).

A maioria das famílias não possuía plano de saúde (67%) e buscava o serviço público quando necessitava atendimento (70%). Além disso, a maioria dos responsáveis possuía conhecimentos adequados sobre saúde bucal, fatores etiológicos da doença cárie e fatores de proteção.

A prevalência de cárie foi de 46%, sendo que 24% das crianças possuíam pelo menos um dente com cavidade de cárie não tratada. O CPO-D médio da amostra foi 0,78 (DP = 1,00). A média de escore do CPQ foi 8,68 (DP = 7,00). Esses resultados estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas, clínicas e comportamentais da amostra – 50 crianças de 12 anos, Estação, RS, 2017

(continua...)

Variável	n	%
Variáveis socioeconômicas		
Sexo		
Feminino	30	60,0
Masculino	20	40,0
Renda familiar		
Até R\$ 1.500,00	11	22,0
Mais de R\$ 1.500,00	39	78,0
Escolaridade materna		
Até o ensino fundamental completo	22	46,8
Ensino médio ou mais	25	53,2
Escolaridade paterna		
Até o ensino fundamental completo	28	62,2
Ensino médio ou mais	17	37,8
Tipo de casa		
Alvenaria	19	39,6
Madeira/mista	29	60,4
Número de televisões no domicílio		
Até 2	38	80,8
3 ou mais	9	19,2
Fonte de água		
Pública	40	83,3
Poço/outros	8	16,7
Possui plano de saúde		
Sim	16	33,3
Não	32	66,7
Onde busca atendimento		
Posto/UBS	33	70,2
Particular/convênio	14	29,8
Variáveis clínicas, psicológicas e comportamentais		
Experiência de cárie		
Sem cárie	27	54,0
Com cárie	23	46,0
Cárie não tratada		
Ausente	38	76,0
Presente	12	24,0
CPQ 11-14		
≤ 6	26	52,0
> 6	24	48,0

(conclusão)

Severidade do CPQ 11-14		
Sem	16	32,0
Com	34	68,0
Avaliação global de saúde		
Excelente/boa	34	68,0
Regular/ruim/péssima	16	32,0
Conhecimentos dos pais sobre saúde bucal		
Sabe quais os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões de cárie?		
Sim	36	76,6
Não	11	23,4
Sabe como evitar a doença?		
Sim	30	63,8
Não	17	36,2
Sabe onde o flúor é encontrado?		
Sim	21	44,7
Não	26	55,3
Sabe a importância dos dentes de leite?		
Sim	37	78,7
Não	10	21,3
Sabe quando deve se realizar a primeira consulta odontológica da criança?		
Sim	34	73,9
Não	12	26,1

Fonte: autores.

Quando considerado o desfecho experiência de cárie (crianças com alguma manifestação da doença *versus* crianças sem manifestações da doença), a análise univariada demonstrou associação com escolaridade do pai, tipo de casa onde a criança residia, o fato de possuir plano de saúde, local de busca por atendimento odontológico e escore do CPQ 11-14.

Quando a presença de lesão cavitada de cárie não tratada foi considerada como desfecho, houve associação estatisticamente significativa entre sexo da criança, tipo de casa, o fato de possuir plano de saúde, avaliação global de saúde (medida por meio da primeira questão do CPQ 11-14: “Como você considera a saúde dos seus dentes, lábios e boca?”) e conhecimentos dos pais sobre a origem da doença cárie.

Por fim, quando a medida psicológica – severidade do CPQ 11-14 – foi considerada como desfecho, mostraram-se associados: renda familiar, número de televisões no domicílio, avaliação global de saúde e conhecimento dos pais sobre quando deve ser a primeira consulta odontológica dos filhos. Resultados detalhados sobre essas associações estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Análise univariada dos fatores associados aos desfechos, Estação, RS, 2017

Variável	Experiência de cárie		Cárie não tratada		Severidade do CPQ 11-14	
	OR	P	OR	P	OR	P
Sexo		0,64		0,07		0,32
Feminino	-		-		-	
Masculino	1,30		0,22		0,55	
Renda familiar		0,97		0,28		0,09
Até R\$ 1.500,00	-		-		-	
Mais de R\$ 1.500,00	1,03		0,45		0,16	
Escolaridade paterna		0,03		0,57		0,95
Até o ensino fundamental completo	-		-		-	
Ensino superior ou mais	0,23		0,64		0,96	
Tipo de casa		0,05		0,04		0,50
Alvenaria	-		-		-	
Madeira/mista	3,45		9,47		1,53	
Número de televisões no domicílio		0,45		0,93		0,02
Até 2	-		-		-	
3 ou mais	0,55		0,92		0,15	
Possui plano de saúde		0,07		0,08		0,51
Sim	-		-		-	
Não	3,40		6,82		1,53	
Onde busca atendimento		0,04		nc*		0,30
Posto/UBS	-		-		-	
Particular/convênio	0,22		nc*		0,50	nc*
CPQ 11-14		0,10		0,41		
≤ 6	-		-		-	
> 6	2,64		1,73		nc	
Avaliação global de saúde		0,32		0,00		0,02
Excelente/boa	-		-		-	
Regular/ruim/péssima	1,83		7,5		11,84	
Sabe quais os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões de cárie?		0,45		0,06		0,83
Sim	-		-		-	
Não	1,68		4,16		1,17	
Sabe quando deve se realizar a primeira consulta odontológica da criança?		0,51		0,62		0,06
Sim	-		-		-	
Não	0,63		0,65		7,7	

*nc: estimativas não calculadas.

Fonte: autores.

No modelo final para experiência de cárie, mantiveram-se associados o local de busca por atendimento e o escore do CPQ 11-14: as crianças

que buscavam atendimento no serviço público de saúde (posto de saúde ou UBS) e aquelas que possuíam escores mais altos no questionário de qualidade de vida tinham maior chance de ter algum sinal da doença cárie.

Para a presença de cárie não tratada, as variáveis explicativas que se mantiveram no modelo foram a avaliação global de saúde e possuir plano de saúde, isto é, crianças que avaliaram sua saúde como regular/ruim/péssima e aquelas que não possuíam plano de saúde tinham chance maior de ter alguma lesão de cárie não tratada.

Quando foi avaliado o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida das crianças, tinham chance de ter respondido com o escore máximo em pelo menos uma das questões aquelas que tinham 2 televisões ou menos em casa e aquelas cujos pais não tinham conhecimento do melhor período para a primeira consulta odontológica dos filhos, medido por meio de questões específicas de múltipla escolha aplicadas aos pais.

Discussão

Este estudo avaliou a experiência de cárie, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e os fatores associados a essas condições em escolares de 12 anos no município de Estação, RS. Embora a experiência de cárie nessa amostra tenha sido menor do que aquela registrada para o restante do país, os resultados obtidos demonstraram a associação de fatores socioeconômicos e psicossociais e de conhecimentos relacionados à saúde bucal a essa condição. Aspectos socioeconômicos e conhecimentos sobre a saúde bucal também estiveram associados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos escolares. Esses resultados indicam que, mesmo em municípios de menor porte, pode-se esperar um padrão desigual de ocorrência de desfechos relacionados à saúde bucal.

Em Estação, o índice CPO-D aos 12 anos foi 0,78, valor abaixo do nacional, que é de, em média, 2,1 dentes cariados, perdidos ou obturados por criança⁴. Das crianças avaliadas, 54% não tiveram experiência de cárie, taxa também acima da nacional, que é de 43,5%⁴. Na amostra estudada, 24% das crianças avaliadas apresentaram

lesão de cárie não tratada. A ocorrência de cárie e a presença de lesões não tratadas se mostraram relacionadas a variáveis comportamentais definidas por fatores socioeconômicos, como possuir plano de saúde e local de busca por atendimento odontológico: maior experiência de cárie e maior número de lesões não tratadas foram associadas ao fato de os indivíduos não possuírem plano de saúde. Além disso, essas características também estiveram associadas à busca por atendimento odontológico no serviço público, evidenciando a persistência de barreiras ao acesso e ao uso de serviços públicos²¹.

A baixa prevalência de cárie em escolares do município de Estação pode ter relação com, além da existência de fluoretação das águas de abastecimento público, o acesso e uso do sistema público e privado de saúde bucal, a realização frequente de campanhas de saúde bucal e, em especial, a presença de cirurgião-dentista mensalmente nas escolas municipais. Em relação ao valor médio de CPO-D, estudo semelhante foi realizado em 2013, em Arroio do Padre, RS, e a experiência de cárie relatada foi de, em média, 1,3 dentes acometidos pela doença aos 12 anos²². Em uma pesquisa realizada em Santa Maria, RS, também em 2013, foi encontrado um CPO-D médio de 1,15¹⁴. Nesses locais, a água de abastecimento também é fluoretada, no entanto, sugere-se que, possivelmente, pela ausência de um profissional que periodicamente visite as escolas e pela inexistência de campanhas voltadas à saúde bucal, ou mesmo pelo maior porte dessas cidades, os valores médios de CPO-D sejam maiores.

No presente estudo, a ocorrência de cárie esteve relacionada a fatores socioeconômicos, expressos sob o fato de ter plano de saúde e utilizar serviços odontológicos privados. O uso apropriado dos serviços de saúde disponíveis é um determinante das condições de saúde de uma população²³; variáveis como nível socioeconômico, escolaridade materna e acesso a informações sobre saúde bucal estão diretamente relacionadas com o uso de serviços odontológicos^{8, 23-25}. Coimbra et al.²⁶ (2012), ao avaliarem a associação entre o risco de cárie e variáveis socioeconômicas em um estudo longitudinal, concluíram que os indivíduos que utilizaram serviço odontológico privado

apresentaram menor risco de desenvolver novas lesões de cárie e associaram o maior risco para o desenvolvimento de cárie à dificuldade de acesso ou ao acesso tardio aos serviços públicos.

Os resultados deste estudo indicaram, ainda, a associação da severidade no impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida e o nível socioeconômico das famílias avaliadas, representado pelo número de aparelhos de televisão do domicílio. A literatura tem enfatizado a associação de fatores socioeconômicos e maior impacto sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal⁹. Um estudo realizado na cidade de Chapecó, SC, em 2003, observou que a autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal estava relacionada a variáveis socioeconômicas, como ser estudante de escola pública²⁷. No presente estudo, a variável “número de aparelhos de televisão” foi considerada como *proxy* para condição socioeconômica dos participantes. A adoção dessa variável foi embasada em um dos critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep), a qual sugere que um maior número de aparelhos eletrônicos esteja relacionado a uma maior renda e ao poder aquisitivo das famílias²⁸.

Além disso, a autopercepção da saúde bucal esteve, também, associada aos conhecimentos dos pais sobre saúde bucal. O grau de instrução elevado possibilita maiores oportunidades de acesso à informação sobre saúde; dessa forma, crianças que convivem com adultos nessa condição estão sujeitas a hábitos e condutas relacionados à saúde bucal mais saudáveis^{12,29}. A literatura indica que a maior escolaridade dos pais vem acompanhada de maior acesso à informação sobre saúde para os filhos: hábitos e condutas saudáveis em saúde bucal acontecem quando crianças convivem com adultos bem informados¹².

Os resultados devem ser considerados com cautela, uma vez que o estudo apresenta algumas limitações. O número amostral pode ser considerado reduzido, porém, foi suficiente para responder à questão de pesquisa. Além disso, foram seguidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde para seleção da amostra. Outra fragilidade do estudo pode ser identificada na forma de coleta dos dados referentes ao conhe-

cimento dos pais sobre saúde bucal. No entanto, não há, na literatura, um questionário autoaplicável validado para esse fim, de forma que foram selecionadas questões que abordam temas que, na opinião dos autores, podem influenciar a conduta dos pais e a busca por serviços odontológicos.

Conclusão

A ocorrência da doença cárie está associada a fatores psicológicos, como a autopercepção em saúde bucal, e a fatores socioeconômicos, determinantes distais de comportamentos de saúde, aqui expressos por possuir plano de saúde e utilizar serviços odontológicos públicos. Além disso, a autopercepção, uma medida subjetiva, que complementa a avaliação clínica, também se mostrou associada a fatores socioeconômicos e ao conhecimento dos pais sobre saúde bucal.

Abstract

Objective: this study assessed the association of the socioeconomic status of families and the knowledge of parents regarding oral health in caries experience, as well as the oral health-related quality of life of 12-year-old schoolchildren in the city of Estação, RS, Brazil. Methods: an epidemiological survey included the assessment of 50 children (response rate: 81%) through clinical oral examinations using the index of permanent decayed, missed and filled teeth (DMF-T) as diagnostic criterion. Structured interviews were also conducted using the Brazilian short version of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) to measure the impact of oral health conditions on quality of life. The parents answered a questionnaire about the socioeconomic status of the family, search for dental care, and oral health knowledge. Three different outcomes were considered: caries experience, presence of untreated caries, and severity of CPQ11-14. Results: The prevalence of caries was 46% from which 24% presented at least one tooth with an untreated cavity. Caries experience and the presence of untreated caries were associated with psychological factors (oral health self-perception) and socioeconomic factors (having health insurance and type of dental service used). In addition, oral health self-perception was associated with socioeconomic factors and the knowledge of parents on oral health. Conclusion: psychosocial factors, economic status of

the family, and the knowledge of parents on oral health are associated with the occurrence of caries and the higher impact on the quality of life in schoolchildren.

Keywords: Dental caries. Social class. Cross-sectional studies. Oral health-related quality of life.

Referências

1. Antunes JL, Peres MA, de Campos Mello TR, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(2):146-52.
2. Sheiham A. Changing trends in dental caries. *Int J Epidemiol* 1984; 13(2):142-7.
3. Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res* 2013; 92(7):592-7.
4. Brasil. SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 2010.
5. IBGE. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008.
6. Ortiz FR, Tomazoni F, Oliveira MD, Piovesan C, Mendes F, Ardenghi TM. Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Braz Dent J* 2014; 25(6):546-53.
7. Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of children's oral health-related quality of life on school performance and school absenteeism. *J Public Health Dent* 2012; 72(2):156-63.
8. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4).
9. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:6.
10. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2).
11. Engelmann JL, Tomazoni F, Oliveira MD, Ardenghi TM. Association between Dental Caries and Socioeconomic Factors in Schoolchildren – A Multilevel Analysis. *Braz Dent J* 2016; 27(1):72-8.
12. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MA. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behavior. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(4):209-14.
13. Lauris JR, da Silva Bastos R, de Magalhaes Bastos JR. Decline in dental caries among 12-year-old children in Brazil, 1980-2005. *Int Dent J* 2012; 62(6):308-14.
14. da Rosa GN, Del Fabro JP, Tomazoni F, Tuchtenhagen S, Alves LS, Ardenghi TM. Association of malocclusion, happiness, and oral health-related quality of life (OHRQoL) in schoolchildren. *J Public Health Dent* 2016; 76(2):85-90.
15. Martins MT, Sardenberg F, Vale MP, Paiva SM, Pordeus IA. Dental caries and social factors: impact on quality of life in Brazilian children. *Braz Oral Res* 2015; 29(1):S1806-83242015000100310.
16. Paganelli APD, Constante HM, Sala FS, Bainha CC, Borges ALS Jr., Bastos JL, et al. Trends in dental caries rates over 45 years (1971-2016) among schoolchildren in Florianópolis, southern Brazil. *Int Dent J* 2018; 68(1):47-53.
17. IBGE. Censo Demográfico 2010. 2010.
18. WHO. Oral health surveys, basic methods. 5. ed. Organization WH, editor 2013.
19. Barbosa TS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health* 2009; 9:13.
20. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ 11-14). *J Dent Res* 2005; 84(7):649-52.
21. Rohr RIT, Barcellos LA. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos. *UFES Rev de Odontologia* 2008; 10(3):37-41.
22. Muller IB, Castilhos ED, Camargo MJB, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(3):759-70.
23. Hamati F, Rocha JS, Baldani MH. Prevalência de cárie, dor e uso de serviços odontológicos por crianças em áreas com e sem Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde* 2014; 16(3):48-57.
24. Baldani MH, Antunes JL. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saúde Pública* 2011; 27 Suppl 2:S272-83.
25. Camargo MJB, Frazão AJDBP, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, Peres KG. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(1):87-97.
26. Coimbra MB, Vazquez FdL, Cortellazzi KL, Pardi V, Mialhe FL, Meneghim MdC, et al. Relação entre risco à cárie dentária e variáveis socioeconômicas e demográficas em usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, SP: um estudo longitudinal. *Arq Odontol* 2012; 48(3):142-50.
27. Peres KG, Latorre MdRDdO, Peres MA, Traebert J, Panizzi M. Impacto da cárie e da fluorose dentária na satisfação com a aparência e com a mastigação de crianças de 12 anos de idade. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):323-30.
28. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2008.
29. Cypriano S, Hugo FN, Sciamarelli MC, Tôrres LHdN, Sousa MdLRd, Wada RS. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(10):4095-106.

Endereço para correspondência:

Simone Tuchtenhagen
Avenida Sete de Setembro, 1621
Curso de Odontologia – Prédio 12, sala 12.30
CEP 99709-910 – Erechim, RS, Brasil
Telefone: +55 (54) 3520-9000 Ramal 9310
E-mail: simonet@uricer.edu.br

Recebido: 17/07/19. Aceito: 24/10/19.