



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Trabalho de Conclusão de Curso

**VISITAS AO DENTISTA AUTO-REPORTADAS E CONDIÇÃO
PERIODONTAL: ESTUDO DE PORTO ALEGRE**

Fernando Silva Rios

Ricardo dos Santos Araújo Costa

Porto Alegre, dezembro de 2009

FERNANDO SILVA RIOS
RICARDO DOS SANTOS ARAÚJO COSTA

**VISITAS AO DENTISTA AUTO-REPORTADAS E CONDIÇÃO
PERIODONTAL: ESTUDO DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão apresentado à Comissão de Graduação do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Alex Nogueira Haas

Co-orientadores: Cristiano Susin

Jasim Albandar

Rui Vicente Oppermann

Porto Alegre, 16 de dezembro de 2009

AGRADECIMENTOS

Ao professor Cristiano Susin, nosso mestre, mentor e referência, por sua dedicação em nos ensinar, por ser acessível sempre, e pelo seu comprometimento com o nosso crescimento profissional, o nosso sincero muito obrigado.

Ao professor Cassiano Rösing, por nos introduzir na atividade científica e por deixar claro que nós poderíamos sempre contar com a sua ajuda.

Ao nosso orientador Alex Nogueira Haas, por tudo que nos ensinou ao longo destes anos de convívio, um amigo.

A equipe do trailer, pela singular experiência que vivemos.

A toda equipe de periodontia da UFRGS, por ter nos proporcionado o convívio com pessoas que nos fizeram crescer intelectualmente e, acima de tudo, pelo companheirismo.

Aos colegas e amigos, pelos inigualáveis momentos que passamos juntos, dos quais jamais esqueceremos, e pela amizade, que com certeza perdurará.

Aos nossos pais e famílias, por viverem cada momento da faculdade, desde o vestibular, juntos de nós. Este momento também os pertence.

RESUMO

Existem poucas evidências na literatura do possível impacto das visitas ao dentista na saúde periodontal. O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da periodicidade auto-reportada de visitas ao dentista nos últimos cinco anos nos parâmetros clínicos periodontais de uma amostra urbana de adultos da região metropolitana de Porto Alegre. Uma amostragem probabilística múltiplo-estágio foi utilizada para selecionar uma amostra de 1586 indivíduos, representativa da região metropolitana de Porto Alegre em 2001. Em 2006, 697 (47,6%) indivíduos foram re-avaliados (296 homens/401 mulheres). Um exame periodontal completo foi realizado incluindo 6 sítios por dente em todos dentes presentes. Entrevistadores e examinadores foram treinados e calibrados. Participantes foram categorizados de acordo com o número de vezes que relataram terem ido ao dentista durante os últimos 5 anos: nunca, 1 vez/ano ou menos, mais de 1 vez/ano. Regressões lineares foram utilizadas para calcular estimativas ajustadas e não-ajustadas. Comparados a indivíduos que reportaram mais de 1 visita ao ano, aqueles que nunca visitaram o dentista durante os 5 anos tiveram significativamente mais placa (69,5% vs 52,5%), sangramento gengival (21,7% vs 15,7%), cálculo (47,4% vs 32,4%) e média de perda de inserção (2,9mm vs 1,7mm). As diferenças permaneceram significativas após ajustes para idade, gênero, escolaridade e nível socioeconômico. Em conclusão, as visitas ao dentista parecem ter um impacto positivo sobre a saúde periodontal dessa população, sendo que esse potencial benefício precisa ser mais bem entendido.

PALVRAS-CHAVE: Epidemiologia, periodontite, visitas ao dentista.

ABSTRACT

There is little evidence in the literature regarding the impact of dental visits on periodontal health. The aim of this study was to evaluate the impact of self-reported frequency of dental visits in the last five years in clinical periodontal parameters of a sample of urban adults in the metropolitan region of Porto Alegre. A multistage probability sampling was used to draw a sample of 1586 individuals, representative of the metropolitan region of Porto Alegre in 2001. In 2006, 697 (47.6%) subjects were re-evaluated (296 males/401 females). A full-mouth six sites per tooth periodontal examination was conducted. Interviewers and examiners were trained and calibrated. Participants were categorized according to the self-reported number of dental visits during the last 5 years. Linear regression models were used to calculate crude and adjusted estimates. Compared to individuals that reported more than 1 dental visit/year, individuals that did not visit a dentist in the last 5 years had significantly more visible plaque (69.5% vs 52.5%) , gingival bleeding (21.7% vs 15.7%) , supragingival calculus (47.4% vs 32.4%) and mean periodontal attachment loss (2.9mm vs 1.7mm). Statistical significance remained after adjustment for age, gender, education and socioeconomic status. In conclusion, self-reported dental visits may have a positive impact on the periodontal health of this population, and this potential benefit effect still needs to be more understood.

KEY WORDS: Epidemiology, periodontitis, dental visits.

SUMÁRIO

Página

1. Introdução	6
2. Metodologia	8
2.1. Delineamento e amostra do estudo	8
2.2. Procedimentos de amostragem	9
2.3. Logística do estudo	10
2.4. Entrevista	10
2.5. Exame clínico	10
2.6. Considerações éticas	11
2.7. Medidas de reprodutibilidade	11
2.8. Análise dos dados	11
3. Resultados	13
4. Discussão da literatura	17
5. Conclusões	19
6. Referências	20
7. Anexos	24

1. INTRODUÇÃO

As doenças periodontais são doenças infecto-inflamatórias que afetam os tecidos de proteção (LOE et al., 1965) e sustentação dos dentes (LINDHE, HAMP et al., 1975). Sua prevalência permanece alta, comparada a outras doenças orais que tiveram uma redução considerável em muitos países, em especial, a cárie dentária (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES 2000). Além disso, o impacto das doenças periodontais na perda dentária (SUSIN et al., 2006) e na saúde sistêmica dos indivíduos (TONETTI et al., 2009) tem feito com que essas doenças sejam, ainda mais, foco de ações preventivas e terapêuticas na Odontologia.

Quanto à ocorrência das doenças periodontais no mundo, nos Estados Unidos estima-se que 50% dos indivíduos adultos apresentam sangramento gengival e 35% apresentam periodontite (ALBANDAR et al., 1999; ALBANDAR, 2002). No Brasil, as estimativas são escassas. Segundo o último levantamento nacional conduzido pelo Ministério da Saúde (SB BRASIL, 2003) menos de 22% da população adulta apresenta saúde gengival. Em 2001, o primeiro componente transversal do Estudo de Porto Alegre avaliou as condições periodontais em uma amostra representativa da região metropolitana de Porto Alegre. Foi demonstrado que 97%, 79% e 52% dos indivíduos acima de 30 anos apresentaram pelo menos um dente com perda de inserção periodontal $\geq 3\text{mm}$, $\geq 5\text{mm}$ e $\geq 7\text{mm}$, respectivamente (SUSIN et al., 2004). Essas taxas de prevalência são altas quando comparadas a outros países (BURT, 2005).

A identificação de fatores de risco representa uma medida importante para definição de ações de prevenção e para o estabelecimento de políticas válidas de saúde pública (GJERMO, ROSING et al., 2002). Nesse sentido, uma das medidas mais importantes na prevenção das doenças periodontais é o estabelecimento de um adequado controle de placa por parte dos indivíduos (AXELSON et al., 1978). Além disso, a frequência de visitas ao dentista também parece ter um efeito sobre a saúde bucal. Por exemplo, o sistema de saúde dinamarquês utiliza a periodicidade de visitas ao dentista e ao médico como um indicador de saúde bucal e geral do paciente (KIRKEVANG et al. 2003). Susin et al. (2004) observaram que indivíduos que relataram ir de forma irregular ao dentista tiveram significativamente maior chance de apresentar perda de inserção grave $\geq 7\text{mm}$.

Apesar disso, existem autores que questionam o papel de procedimentos preventivos realizados em consultas ao dentista. Needleman et al. (2005) realizaram uma revisão sistemática sobre o efeito preventivo da remoção profissional de placa supragengival, tendo demonstrado evidência de fraca a moderada do benefício deste procedimento. Sendo assim,

ainda existe a necessidade de mais estudos sobre o impacto das visitas ao dentista nas condições de saúde bucal, especificamente nas condições periodontais.

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto da periodicidade auto-reportada de visitas ao dentista nos últimos cinco anos nos parâmetros clínicos periodontais de uma amostra urbana de adultos da região metropolitana de Porto Alegre.

2. METODOLOGIA

2.1. Delineamento e amostra do estudo

A presente investigação se constitui em um estudo observacional transversal aninhado a um estudo longitudinal de base populacional de 5 anos de acompanhamento. Os dados foram coletados em 2001 e 2006/7, fazendo parte do estudo intitulado “Epidemiologia das Doenças Periodontais: Estudo de Porto Alegre” (SUSIN, 2004).

Uma amostra de 1586 indivíduos (1465 dentados e 121 edêntulos) foi obtida em 2001, sendo representativa de uma população de mais de 3 milhões de habitantes, com mais de 14 anos de idade, dos 14 municípios da região metropolitana de Porto Alegre. Em 2006, 755 (47,6%) dos indivíduos foram reavaliados, compreendendo 697 indivíduos dentados e 58 edêntulos. Do total de edêntulos, 44 já foram assim classificados em 2001, sendo que 14 perderam todos os seus dentes entre 2001 e 2006. A tabela 1 demonstra as características da amostra no início do estudo e após 5 anos.

Tabela 1: Características dos participantes do estudo em 2001.

	2001		2006	
	N	%	N	%
Idade				
<30 anos	612	38,6	250	35,9
30-49 anos	557	35,1	272	39,0
50+ anos	417	26,3	175	25,1
Gênero				
Masculino	719	45,3	319	42,3
Feminino	867	54,7	436	57,7
Nível Socioeconômico*				
Alto	525	33,1	255	33,8
Médio	442	27,9	228	30,2
Baixo	619	39,0	272	36,0
Nível educacional*				
Alto	353	22,2	278	36,8
Médio	634	40,0	305	40,4
Baixo	599	37,8	172	22,8

*De acordo com Susin et al. (2004)

2.2. Procedimentos de amostragem

O presente estudo aplicou uma estratégia de amostragem probabilística, estratificada, proporcional, múltiplo-estágio. Para a constituição da amostra, foram usadas informações obtidas na Fundação Estadual de Planejamento Metropolitano e Regional do Estado do Rio Grande do Sul (METROPLAN) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Usando mapas regionais, a região metropolitana de Porto Alegre foi dividida em 90 áreas geográficas de 10km² cada. Foram selecionadas 11 áreas geográficas, duas (18,2%) de alto nível socioeconômico e nove (81,8%) de baixo nível socioeconômico.

A segunda etapa consistiu da seleção dos setores dentro de cada área geográfica de forma aleatória e proporcional. Um total de 30 (3,5%) setores foi selecionado e, em 29 destes, foram concedidos permissão e suporte para acesso da equipe de trabalho.

Na terceira etapa, foram selecionadas residências em quantidade necessária para prover um número suficiente de indivíduos na amostra. Foi, então, estimado que seriam necessárias 25 casas por setor para atingir o objetivo.

Foram incluídos todos os indivíduos acima de 14 anos de idade que consentissem em participar do estudo. Os critérios de exclusão compreenderam condições que pudessem colocar em risco a saúde do participante ou do examinador ou que pudessem interferir no exame clínico. Indivíduos requerendo regime profilático de antibióticos receberam a medicação previamente ao exame.

No exame de 5 anos de acompanhamento, esforços foram feitos para entrar em contato com todos os indivíduos que participaram em 2001. Todos os 29 setores foram revisitados e todas as residências foram contatadas sem restrição.

Dos 1586 indivíduos elegíveis para o estudo em 2006, 831 (52,4%) deles não participaram do estudo por várias razões. Algumas informações foram coletadas para não participantes: 51 (3,2%) faleceram, 476 (30,0%) mudaram para outra cidade ou região, e 32 (2,0%) não aceitaram participar do novo exame. Não foram coletadas informações de 272 (17,2%) participantes. Assim sendo, a amostra final de 2006 consistiu em 755 indivíduos, com uma taxa de participação de 47,6%. No entanto, para a presente análise, 684 indivíduos possuíam dados completos para todas as variáveis presentes no estudo.

2.3. Logística do estudo

Uma equipe de três periodontistas e três assistentes foi formada para a coleta de dados em 2006. Uma unidade móvel, consistindo de um trailer equipado com cadeira odontológica, luz e compressor foi usada na coleta de dados.

Cartas explicando os objetivos do estudo e convidando os indivíduos a participarem dos exames foram entregues pelo líder da equipe de estudo nas casas pré-selecionadas, de três a quatro dias antes do começo dos exames. Além disso, contatos pessoais foram feitos com representantes comunitários para receber permissão para conduzir a coleta de dados na região.

2.4. Entrevista

Os participantes foram entrevistados através de um questionário estruturado que foi aplicado junto à unidade móvel ou nas suas residências. Assistentes treinados realizaram as entrevistas. O questionário incluiu informações sobre dados demográficos, tratamento odontológico, estado de saúde sistêmica, variáveis comportamentais como fumo e variáveis econômicas e periodicidade de visitas ao dentista nos últimos cinco anos.

2.5. Exame clínico

Um dos examinadores (Alex Nogueira Haas) foi considerado examinador padrão-ouro em 2006. Para o exame periodontal, todos os dentes permanentes, completamente erupcionados, excluindo os terceiros molares, foram examinados com uma sonda periodontal manual (PCP10-SE, Hu-Friedy Mfg. Co. Inc., Chicago, IL, USA). Seis sítios por dente foram avaliados nas faces méso-vestibular, vestibular (no centro da face), disto-vestibular, disto-lingual, lingual (no centro da face) e méso-lingual.

As variáveis clínicas mensuradas foram placa visível, sangramento gengival, cálculo supragengival, profundidade de sondagem e recessão gengival. Placa visível (IPV) e sangramento gengival (ISG) foram determinados de acordo com os critérios de Ainamo e Bay (1975). Cálculo supragengival foi registrado se presente até 1 mm abaixo da margem gengival.

Profundidade de sondagem foi definida como a distância entre a margem da gengiva e a porção mais apical sondável da bolsa/sulco, sendo medida em milímetros e arredondada

para baixo. Recessão gengival foi definida como a distância da junção amelocementária até a gengiva marginal. Quando a junção amelocementária se localizava apicalmente à margem da gengiva livre, um sinal negativo era dado à medida. A perda de inserção periodontal (PI) foi definida como a distância da junção amelocementária até a porção mais apical sondável da bolsa/sulco e foi obtida através do somatório das medidas de profundidade de sondagem e recessão gengival.

2.6. Considerações éticas

O protocolo do estudo foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil em 2001 (protocolo n. 539/2001) e 2006 (protocolo n. 51/05). Os indivíduos que concordaram em participar assinaram um consentimento informado. Ao término do exame, os indivíduos receberam um relatório detalhado por escrito de sua condição bucal e aqueles com diagnóstico de condições patológicas foram orientados para consultar um especialista.

2.7. Medidas de reprodutibilidade

Com relação às entrevistas, 79 (5%) e 94 (12,5%) dos participantes foram re-entrevistados, em 2001 e 2006 respectivamente, de 1 a 4 dias depois da primeira entrevista. O coeficiente kappa inter-examinador foi de 0,93 no exame inicial e 0,97 no exame de acompanhamento.

Todos os examinadores foram treinados e calibrados antes do trabalho de campo. Medições repetidas de parâmetros periodontais foram feitas em 57 (3,9%) e 45 (6,5%) participantes em 2001 e 2006, respectivamente. A reprodutibilidade intra-examinador mostrou um alto valor de kappa ponderado (± 1 mm) para perda de inserção periodontal, com valores entre 0,86 e 0,87 para os sítios medidos. O kappa ponderado inter-examinador para PI ficou entre 0,64 e 0,71.

2.8. Análise dos dados

Para o cálculo de PS e PI, foram considerados somente sítios proximais com o intuito de evitar estimativas influenciadas por provável trauma mecânico nas faces livres. Estimativas

de placa, sangramento gengival e cálculo foram calculadas para todos os sítios. O indivíduo foi considerado a unidade analítica, e o nível de significância foi estabelecido em 5%. A análise dos dados foi realizada usando o pacote estatístico STATA (Stata SE 9.2 para Windows, Stata Corporation, College Station, TX, USA).

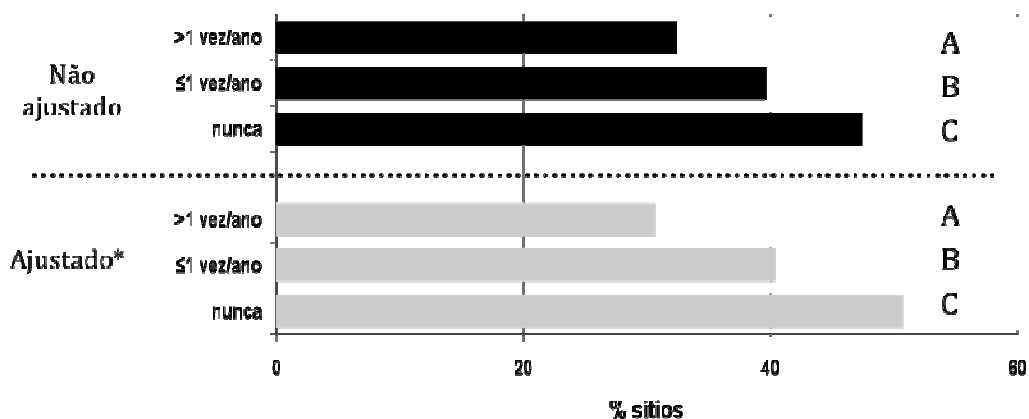
Os indivíduos foram divididos em três categorias de periodicidade auto-reportada de visitas ao dentista ao longo dos últimos 5 anos: não visitou o dentista (nunca); visitou o dentista uma vez ou menos por ano (≤ 1 vez/ano); e mais de uma vez por ano (> 1 vez/ano). Indivíduos foram categorizados de acordo com a idade em < 30 anos, 30-49 anos e 50 anos ou mais. Escolaridade foi categorizada de acordo com os anos de estudo reportados na entrevista: ≤ 4 anos, 5-11 anos e ≥ 12 anos de estudo. Nível socioeconômico foi definido segundo Susin (2004).

O impacto das visitas ao dentista auto-reportadas foi avaliado em relação aos desfechos periodontais registrados no exame realizado em 2006. Foram calculadas estimativas não ajustadas e ajustadas de todos os parâmetros periodontais de acordo com as categorias de periodicidade de visitas ao dentista. Para o ajuste das variáveis foram utilizados modelos de regressão linear múltipla incluindo gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico. Os grupos foram comparados através do teste de Wald, com valores de p ajustados para múltiplas comparações. Um total de 684 indivíduos possuía dados completos para todas as variáveis avaliadas no presente estudo e foram incluídos na análise. Os dados foram expressos em médias seguidas do erro-padrão.

3. RESULTADOS

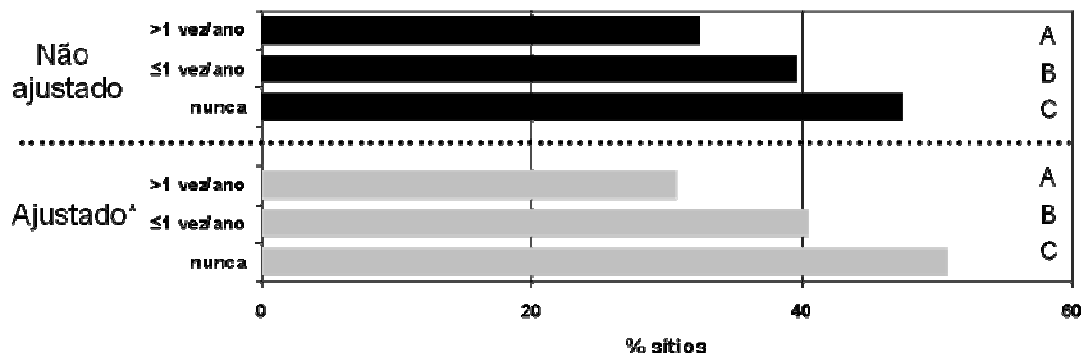
Em geral, a média de visitas ao dentista ao longo dos últimos 5 anos foi $7,79 \pm 0,39$. Aproximadamente 15% (n=102) dos indivíduos não visitaram o dentista, 41,7% (n=285) visitaram uma vez ou menos por ano (≤ 1 vez/ano) e 43,3% (n=297) visitaram mais de uma vez por ano (>1 vez/ano).

A periodicidade de visitas ao dentista teve um importante impacto nos parâmetros clínicos periodontais da população estudada. Quanto à presença de placa visível (Figura 1), os indivíduos que não foram ao dentista apresentaram percentual de sítios com placa significativamente maior do que aqueles que foram uma vez ou menos (≤ 1 vez/ano) e mais de uma vez por ano (>1 vez/ano) nos últimos 5 anos (69,5%, 60,2% e 52,5%, respectivamente). Quando as estimativas de placa foram ajustada para gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico, a diferença entre os três grupos permaneceu estatisticamente significativa. O mesmo padrão foi observado para a presença de cálculo supragengival (Figura 2).



* Ajustado para gênero, idade, escolaridade, nível sócio-econômico.

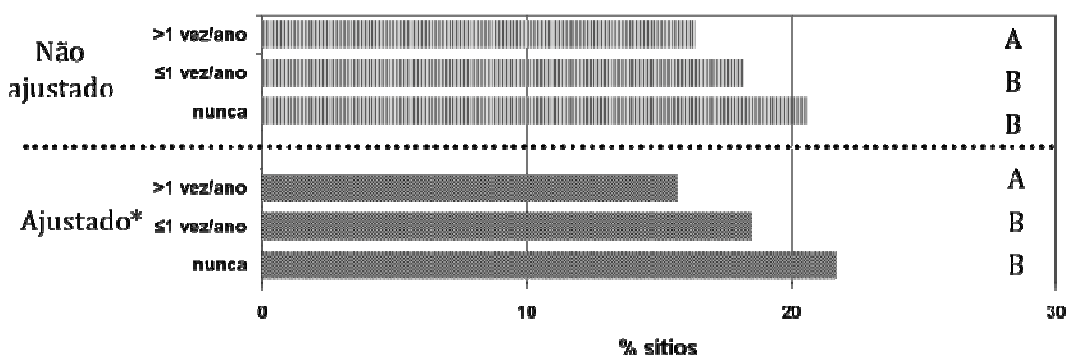
Figura 1. Percentual de sítios com placa visível de acordo com a periodicidade de visitas ao dentista durante os últimos 5 anos.



* Ajustado para gênero, idade, escolaridade, nível sócio-econômico.

Figura 2. Percentual de sítios com cálculo supragengival de acordo com a periodicidade de visitas ao dentista durante os últimos 5 anos.

Na Figura 3 observa-se o percentual de sítios com sangramento gengival de acordo com a periodicidade de visitas ao dentista. Não foi observada diferença significativa entre os grupos ≤ 1 vez/ano e nunca, que apresentaram 18,5% e 21,7% de sangramento gengival, respectivamente. Por outro lado, ambos os grupos tiveram um percentual significativamente maior de sangramento gengival do que o grupo que visitou o dentista >1 vez/ano durante o período. Após ajuste, estas diferenças permaneceram significativas.



* Ajustado para gênero, idade, escolaridade, nível sócio-econômico.

Figura 3. Percentual de sítios com sangramento gengival de acordo com a periodicidade de visitas ao dentista durante os últimos 5 anos.

Quando foram avaliados os parâmetros periodontais subgingivais de profundidade de sondagem (PS) e perda de inserção periodontal (PI), observou-se uma tendência semelhante àquela observada para os parâmetros supragingivais nos três grupos (Tabela 2). Em média, a PS foi 2,39mm, 2,18mm e 2,05mm nos grupos nunca, ≤ 1 vez/ano e >1 vez/ano, respectivamente. Essa diferença foi significativa entre os três grupos, mesmo quando realizado o ajuste para gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico (Tabela 3). Diferenças maiores foram encontradas quando perda de inserção periodontal foi avaliada, havendo uma diferença média não ajustada maior do que 1mm entre os grupos nunca e >1 vez/ano (2,88mm e 1,74mm, respectivamente) (Tabela 2). Diferenças significativas também foram observadas entre os grupos ≤ 1 vez/ano e >1 vez/ano. Após ajuste, foi observada diferença significativa somente entre os grupos nunca e >1 vez/ano (Tabela 3).

Tabela 2. Médias (\pm erro-padrão) não ajustadas de PS e PI em milímetros de acordo com a frequência de visitas ao dentista ao longo dos 5 anos.

	PS		PI	
	Estimativa	p*	Estimativa	p*
Nunca	2,39 \pm 0,07	A	2,88 \pm 0,26	A
≤ 1 vez/ano	2,18 \pm 0,03	B	2,20 \pm 0,11	B
>1 vez/ano	2,05 \pm 0,02	C	1,74 \pm 0,93	C

* Letras diferentes indicam diferença significativa entre os grupos (Wald, $p < 0,05$).

Tabela 3. Médias (\pm erro-padrão) de PS e PI em milímetros de acordo com a frequência de visitas ao dentista ao longo dos 5 anos, ajustadas para gênero, idade, escolaridade e nível socioeconômico.

	PS		PI	
	Estimativa	p*	Estimativa	p*
Nunca	2,35 \pm 0,05	A	2,57 \pm 0,15	A
≤ 1 vez/ano	2,17 \pm 0,03	B	2,12 \pm 0,09	A
> 1 vez/ano	2,07 \pm 0,03	C	1,91 \pm 0,09	B

* Letras diferentes indicam diferença significativa entre os grupos (Wald, $p < 0,05$).

4. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a maior periodicidade auto-reportada de visitas ao dentista nos últimos 5 anos foi associada a melhores condições de saúde periodontal. Indivíduos que relataram visitar o dentista mais de uma vez ao ano apresentaram significativamente menos placa, cálculo supragengival, gengivite, profundidade de sondagem e perda de inserção, mesmo após ajuste para co-fatores importantes.

Estudos demonstraram que visitar o dentista está associado, não só a melhores parâmetros periodontais, como também a uma melhor condição de saúde bucal. Kirkevang e colaboradores, em 2003, verificaram que visitas regulares ao dentista estiveram associadas a um menor risco de desenvolver lesão periapical. Em um estudo com escolares de Maryland, nos EUA, foi observado que crianças que receberam profilaxia nos últimos 12 meses apresentaram melhor saúde bucal (MACEK et al, 2005). Na análise dos dados iniciais do Estudo de Porto Alegre, foi observado que indivíduos que relataram ir de forma irregular ao dentista tiveram significativamente maior chance de apresentar perda de inserção clínica severa $\geq 7\text{mm}$ (SUSIN, DALLA VECCHIA et al, 2004).

Há algumas possíveis explicações de como as visitas ao dentista influenciam a saúde periodontal. Foi demonstrado que a orientação de higiene bucal (OHB) durante consulta odontológica foi efetiva na redução do índice de placa visível, apesar de ter impacto por um curto período de tempo (KAY E LOCKER, 1998). Isto indica que orientações devem ser retomadas junto ao paciente com certa regularidade para que seu caráter temporário seja contornado, tendo em vista que a higiene bucal é considerada um aspecto essencial no controle das doenças periodontais (HUJOEL et al, 2005).

Needleman e colaboradores, em 2005, realizaram uma revisão sistemática avaliando o efeito da remoção de fatores retentivos de placa (RFRP), realizada pelo cirurgião dentista, na prevenção de doenças periodontais. Eles verificaram que RFRP, particularmente em combinação com OHB, teve um impacto positivo nos parâmetros clínicos de placa e sangramento gengival. Entretanto, os autores comentam que ainda não se tem conhecimento de uma frequência ideal que deva ser adotada para os indivíduos, mas que uma periodicidade maior de RFRP está associada a uma melhor condição de saúde periodontal. O contato repetido profissional-paciente também é comentado por alguns autores como sendo de grande importância no auxílio de manter o paciente em um alto padrão de limpeza bucal (HUGOSON, 2007) e, conseqüentemente, menores níveis de placa e sangramento gengival (BROWN, 1994).

Por outro lado, questionamentos têm sido levantados quanto aos benefícios de procedimentos de RFRP na saúde periodontal. Beirne e colaboradores (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura e concluíram que, para traçar maiores conclusões sobre o assunto, só existem evidências de baixa qualidade.

Este é o primeiro estudo de base populacional a partir de uma amostra urbana representativa de adultos a ser realizado na América Latina sobre o impacto de visitas ao dentista na condição periodontal. Um aspecto metodológico importante do presente estudo foi a realização de um exame periodontal completo de seis sítios por dente de toda boca, evitando possíveis vieses de aferição. Existem somente três estudos longitudinais populacionais na literatura mundial que utilizaram o protocolo completo (BAELUM et al, 1997; MACHTEI et al, 1999; ISMAIL et al, 1990). Está bem estabelecido na literatura que protocolos parciais de exame periodontal podem causar vieses importantes no diagnóstico de doença, subestimando a prevalência de periodontite em adultos jovens e superestimando em adultos e idosos, influenciando diretamente os resultados dos estudos (EATON E DUFFY, 2001; THOMSON E WILLIAMS, 2002; SUSIN, KINGMAN et al, 2005).

A associação entre periodicidade de visitas ao dentista e condição periodontal observada no presente estudo deve ser vista com cautela, visto que a aferição de visitas ao dentista foi realizada através de questionário auto-reportado. Isto pode gerar uma superestimação da exposição, visto que durante a entrevista os participantes tendem a não demonstrar falta de cuidados com a saúde bucal.

Uma limitação do presente estudo é a de que não foram avaliados os tipos de tratamento recebidos e o tipo de atenção odontológica – pública e/ou privada - aos quais os indivíduos foram expostos. No Brasil, através do Sistema Único de Saúde, a atenção primária de saúde bucal ocorre através de equipes do Programa de Saúde da Família (PSFs) que possuem equipe de saúde bucal ou em Postos de Saúde com atendimento odontológico. Aqueles indivíduos cobertos pelas equipes de PSF que necessitem de atenção secundária são encaminhados aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), onde recebem o tratamento especializado. No entanto, como a organização da demanda nos postos de saúde fica a critério de cada coordenador, a análise da atenção odontológica não pode ser medida na população. Além disso, a oferta de serviços odontológicos particulares é livre e a procura depende das necessidades de cada indivíduo.

5. CONCLUSÕES

Dessa forma, pode-se concluir que visitas ao dentista auto-reportadas possuem um impacto positivo sobre a saúde periodontal. Entretanto, este potencial benefício ainda precisa ser mais bem entendido.

6. REFERÊNCIAS

AINAMO, J. E I. BAY. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int. Dent. J.**, v.25, n. 4, p. 229-35. Dec. 1975.

ALBANDAR, J. M., BRUNELLE, J. A. & KINGMAN, A. Destructive periodontal disease in adults 30 years of age and older in the United States, 1988–1994. **J. Periodontol.**, v. 70, p. 13–29. 1999.

ALBANDAR, J. M. Periodontal diseases in North America. **Periodontol. 2000.**, v. 29, p. 31-69. 2002.

ANEP. **Economic Classification Criterion - Brazil.** National Association for Opinion and Marketing Research: Sao Paulo, pp. 1-4. 1997.

AXELSSON, P., LINDHE, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. **J. Clin. Periodontol.**, v. 5, p. 133–151. 1978.

BAELUM, V., et al. A 10-year study of the progression of destructive periodontal disease in adult and elderly Chinese. **J. Periodontol.**, v. 68, n. 11, p. 1033-42. Nov. 1997.

BEIRNE PV, WORTHINGTON HV, CLARKSON JE. Routine scale and polish for periodontal health in adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 4. Art. No.: CD004625. 2007.

BROWN L. Research in dental health education and health promotion: a review of the literature. **Health Educ.**, Q: 21: 83–102. 1994.

BURT, B. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. **J. Periodontol.**, v.76, n. 8,p. 1406-19. Aug. 2005.

DALLA VECCHIA, C. F., C. SUSIN, et al. Overweight and Obesity as Risk Indicators for Periodontitis in Adults. **J. Periodontol.**, v. 76, n. 10, p. 1721-1728. Oct. 2005.

EATON, K.A., et al. The influence of partial and full-mouth recordings on estimates of prevalence and extent of lifetime cumulative attachment loss: a study in a population of young male military recruits. **J. Periodontol.**, v. 72, n. 2, p.140-5. Feb. 2001.

GJERMO, P., C. K. ROSING, et al. Periodontal diseases in Central and South America. **Periodontol. 2000.**, v. 29, p. 70-8. 2002.

HUGOSON A, LUNDGREN D, ASKLÖW B, BORGKLINT G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behaviour on plaque and gingivitis. **J. Clin. Periodontol.**, v. 34, n. 5, p.407-15. May. 2007.

HUJOEL, P.P.; CUNHA-CRUZ, J.; LOESCHE, W.J.; ROBERTSON, P.B. Personal oral hygiene and chronic periodontitis: a systematic review. **Periodontol. 2000.**, Denmark, v. 37, p. 29-34, 2005.

IBGE. **Demographics Census 1991 (in Portuguese)**. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Rio de Janeiro. 1991.

ISMAIL, A.I., et al. Natural history of perioontal disease in adults: findings from the Tecumseh Periodontal Disease Study, 1959-87. **J Dent Res**, v.69, n.2, Feb, p. 430-5. 1990.

KAY E, LOCKER D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. **Community Dental Health**, v. 15, p. 132–144. 1998.

KIRKEVANG LL, WENZEL A. Risk indicators for apical periodontitis. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 31, n. 1, p.59-67. Feb. 2003.

LINDHE, J., et al. Plaque induced periodontal disease in beagle dogs. A 4-year clinical, roentgenographical and histometrical study. **J. Periodontal Res.**, v. 10, n. 5, p.243-55. Nov. 1975.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community and Dental Health.**, v. 5, p. 3–18. 1988.

LOE, H., E. THEILADE, et al. Experimental Gingivitis in Man. **J. Periodontol.**, v. 36, p. 177-87. May-Jun. 1965.

MACEK MD, WAGNER ML, GOODMAN HS, MANZ MC, MARRAZZO ID. Dental visits and access to dental care among Maryland schoolchildren. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 136, n. 4, p. 524-33. Apr. 2005.

MACHTEI, E.E., et al. Longitudinal study of predictive factors for periodontal disease and tooth loss. **J. Clin. Periodontol.**, v. 26, n. 6, p. 374-80. Jun. 1999.

METROPLAN. **Environmental cartographic data of the Metropolitan Area of Porto Alegre (in Portuguese)**. Rio Grande do Sul State Agency for Metropolitan Affairs. Porto Alegre. 1997.

MORRIS, A. J., STEELE, J. & WHITE, D. A. The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998. **British. Dental. Journal.**, v. 191, p. 186–192. 2001.

NEEDLEMAN, I., MCGRATH, C., FLOYD, P. & BIDDLE, A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. **J. Clin. Periodontol.**, v. 31, p. 454–457. 2004

NEEDLEMAN I, SUVAN J, MOLES DR, PIMLOTT J. A systematic review of Professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases. **J. Clin. Periodontol.**, v. 32 (Suppl. 6), p. 229–282. 2005.

PERSSON RE, PERSSON GR, POWELL LV, KIYAK HA. Periodontal effects of a biobehavioral prevention program. **J. Clin. Periodontol.**, v. 25, n. 4, p. 322-9. Apr. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. Projeto SB Brasil. **Condições de saúde bucal da população brasileira**. 2003.

SUSIN, C. **Periodontal Diseases in a Representative Urban Population in South Brazil**. University of Bergen, Bergen, 2004.

SUSIN, C., C. F. DALLA VECCHIA, et al. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. **J. Periodontol.**, v. 75, n. 7, p. 1033-41. Jul. 2004.

SUSIN, C., A. N. HAAS, et al. Gingival recession: epidemiology and risk indicators in a representative urban Brazilian population. **J. Periodontol.**, v. 75, n. 10, p. 1337-86. Oct. 2004.

SUSIN C, KINGMAN A, ALBANDAR JM. Effect of partial recording protocols on estimates of prevalence of periodontal disease. **J. Periodontol.**, n. 76(2). p. 262-7. Feb. 2005.

SUSIN, C., P. et al. Occurrence and risk indicators of increased probing depth in an adult Brazilian population. **J. Clin. Periodontol.**, v.32, n.2, p.123-9. Feb. 2005.

SUSIN, C. *et al.* Tooth loss in a young population from south Brazil. **J Public Health Dent**, v. 66, n. 2, p. 110-115, Spring, 2006.

THOMSON, W.M; WILLIAMS, S.M., Partial- or full-mouth approaches to assessing the prevalence of and risk factors for periodontal disease in young adults. **J. Periodontol.**, 73(9):1010-4.Sep. 2002.

TONETTI, M.S., Periodontitis and risk for atherosclerosis: an update on intervention trials. **J. Clin. Periodontol.** v.36, n.10, p.15-9. Jul. 2009.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ORAL HEALTH IN AMERICA. A REPORT OF THE SURGEON GENERAL. Rockville, MD: **National Institute of Dental and Craniofacial Research**, National Institutes of Health. 2000.

VANDENBROUCKE, J. P., The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **Lancet.**, v. 20; 370(9596), p. 1453-7. Feb. 2007.

Nível socioeconômico:

7.1 Quanto você recebe por mês:

SM 1 até 1 2 1 a 2 3 2 a 3 4 3 a 5 5 5 a 10 6 10 a 20 7 +20 8 não respondeu 9 não recebe salário
R\$ 180 181 a 360 361 a 540 541 a 900 901 a 1800 1801 a 3600 + 3601

		Não possui	1	2	3	4 ou mais
Quantas	7.2 TVs coloridas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.3 Rádios	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.4 Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.5 Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.6 Empregadas (paga mensalmente)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.7 Aspiradores de pó	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.8 Máquinas de lavar roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.9 Videocassetes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.10 Refrigeradores	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	7.11 Freezer (considerar um refrigerador duplex)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

7.12 Quantas pessoas você sustenta economicamente? pessoas (além de você mesmo – pessoas com renda própria)

7.13 Quantas pessoas moram com você? pessoas (além de você mesmo)

Historia médica

Você tem		Sim	Não	Não sei
8.1	Diabetes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.2	Asma, alergia a alimentos, pó, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.3	Infecções respiratórias recorrentes (3 ou mais por ano)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.4	Doença cardíaca ou arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.5	Artrite reumatóide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8.6	Outro problema de saúde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

8.7 Você está usando alguma medicação? 1 Sim 2 Não

8.8 Qual?

Para participantes mulheres: 8.9 Você está na menopausa? 1 Sim 2 Não

8.10 Você está realizando reposição hormonal? 1 Sim 2 Não

Crenças

		Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância	
Na sua opinião,	9.1 Escovar os dentes regularmente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	para se ter uma boca saudável.
é ...	9.2 Usar palitos de dentes e fio dental	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	9.3 Evitar dividir escovas de dente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	9.4 Evitar fumar cigarros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	9.5 Evitar o uso excessivo de açúcar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	9.6 Visitar regularmente o dentista	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
	9.7 Usar pasta de dente com flúor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

Hereditariedade

Algun dos seus pais têm ou tinham:		Sim	Não	Não sei
10.1	Diabetes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10.2	Asma, alergia a alimentos, pó, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10.3	Infecções respiratórias repetidas (3 ou mais por ano)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10.4	Doença cardíaca ou arterial	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10.5	Doença de gengiva	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Outros dados: 11.1 Peso 11.2 Altura

Lista de moradores do domicílio:

3.9 Você acha que seus dentes da frente mudaram de posição com o passar dos anos? 1 Sim 2 Não

3.10 O que você faz quando sua gengiva sangra? 1 não sangra 2 não faz nada / continua escovando normalmente 3 evita tocar onde sangra
4 escova com menos força e/ou frequência 5 escova com mais força e/ou frequência 6 outra:

Conhecimento

4.1 Você considera que sabe 1 muito 2 pouco 3 muito pouco 4 nada sobre doença da gengiva?

Na sua opinião, uma pessoa com	4.2 dor na gengiva	está com doença da gengiva?	Sim	Não	Não sei
	4.3 inchaço na gengiva		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.4 sangramento da gengiva		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.5 dente móvel ou frouxo		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Na sua opinião,	4.6 Escovar os dentes de forma incorreta	pode causar doença de gengiva?	Sim	Não	Não sei
	4.7 Mais de uma pessoa usar a mesma escova		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.8 Fumar cigarros		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.9 Tártaro nos dentes		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.10 Herdar a doença dos pais		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4.11 Possuir dentes mal posicionados ou tortos		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4.12 Bactérias e germes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>		

Fatores comportamentais:

5.1 Você fuma atualmente? 1 Sim 2 Não

Quantos cigarros por dia? Há quantos anos?

5.2 Você fumou anteriormente? 1 Sim 2 Não

Quantos cigarros por dia? Por quantos anos?

5.3 Quanto tempo faz que você parou de fumar? anos

5.4 você toma chimarrão: 1 freqüentemente 2 algumas vezes 3 raramente 4 nunca

5.5 você ingere bebidas alcoólicas: 1 freqüentemente 2 algumas vezes 3 raramente 4 nunca

5.6 Qual tipo: 1 nenhum 2 cerveja 3 cachaça 4 vinho 5 outros

5.7 quantas doses/copos você, geralmente, ingere por semana:

Fatores psicossociais:

Nos últimos três anos, você teve	6.1 um problema sério de saúde?	Sim	Não	Não sei
	6.2 um problema sério de saúde na sua família?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	6.3 morte de um membro próximo da família?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	6.4 algum outro problema que tenha afetado você emocionalmente de forma muito séria?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Em relação a seu presente trabalho:

6.5 Quantas horas por semana você trabalha? horas desempregado aposentado / estudante / do lar

6.6 Você esteve desempregado por mais de 3 meses nos últimos 3 anos? 1 sim 2 não

6.7 Se esteve, por quanto tempo? meses

6.8 Você acha que os ganhos mensais da sua família: 1 não são suficientes para pagar as contas 2 apenas suficientes para pagar as contas 3 suficiente para pagar as contas e economizar um pouco

6.9 Você considera a qualidade da sua vida: 1 muito ruim 2 ruim 3 razoável 4 boa 5 muito boa

ANEXO B – Exame clínico

Palares: 0=ausente, 1=presença

17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL
47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL

Palares: 0=ausente, 1=presença

17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL
47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL

ISG (0=ausente, 1=presença)

17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL
47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL

Recessão

17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL
47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL

PS

17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL
47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37	
DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV	VV	MV	DV
DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL	LL	ML	DL

Palares: 0=ausente, 1=comprometimento parcial, 2=comprometimento total

17	16	36	27	37	36	46	47
----	----	----	----	----	----	----	----

ANEXO C

PERGUNTAS ADICIONAIS

NOME: _____ REGISTRO: _____

1. Você foi ao dentista nos últimos cinco anos, desde a última vez que realizamos o seu exame no trailer?

- SIM → Quantas vezes? ____
NÃO


2. Nos últimos 5 anos, você fez algum tratamento dentário?

- SIM NÃO

Que tipo de atendimento você procurou? Particular Posto de saúde Convênio Outro: _____

Que tipo de tratamento foi realizado?

- Extração Limpeza de tártaro Obturação Tratamento de canal Outro: _____

 Quantos dentes você extraiu? ____

3. Quantos dentes naturais você possui? ____

4. O chefe da sua família é alfabetizado?

- SIM NÃO

O chefe da família estudou até:

- nunca estudou 1ª a 4ª série do 1º grau 5ª a 8ª série do 1º grau
2º grau incompleto 2º grau completo universidade incompleto
universidade completo

5. Você acha que será capaz de manter seus dentes naturais para o resto de sua vida?

- Sim, com certeza Sim, possivelmente Não sei Não, pouco provável Definitivamente não Não tenho dentes naturais

6. Quantas vezes você escovou os dentes ontem? ____

ANEXO D

CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro participante,

Este estudo está sendo realizado pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tem como objetivo determinar as mudanças na saúde bucal da população da região metropolitana de Porto Alegre nos últimos cinco anos. Sua participação no ano de 2001 foi fundamental e nossa equipe está novamente lhe convidando a participar. Será realizado o mesmo exame bucal, dos dentes e das gengivas. Uma entrevista sobre dados pessoais e de comportamentos também será realizada.

Os possíveis desconfortos associados à participação neste estudo são aqueles decorrentes de um exame odontológico comum. Serão utilizados materiais descartáveis e esterilizados, portanto, sem riscos adicionais. O benefício relacionado à participação neste estudo é o acesso ao diagnóstico de qualquer condição bucal. Além disso, o conhecimento adquirido com este estudo poderá contribuir para melhor prevenir as doenças da boca. Fica assegurado o direito ao sigilo de todas as informações coletadas, não sendo permitido acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável.

Toda e qualquer dúvida será esclarecida pelos envolvidos nesta pesquisa a qualquer momento. Um pesquisador (Alex Haas) estará a disposição para esclarecimentos, a qualquer hora, através do telefone 33165318. Fica, ainda, assegurada a liberdade dos participantes de recusarem-se a participar ou retirarem-se do estudo a qualquer momento que desejarem, sem que isso traga conseqüências aos mesmos.

Eu, _____ (participante), declaro que fui informado dos objetivos e procedimentos que serão realizados nesta pesquisa, bem como sei dos meus direitos e dos deveres dos pesquisadores. Declaro, ainda, que recebi uma cópia deste Termo.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2006.
