



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE

DANIELE VEIGA DA SILVA SIQUEIRA

**DOENÇA PERIODONTAL E FATORES ASSOCIADOS EM
USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

Salvador

2016

DANIELE VEIGA DA SILVA SIQUEIRA

**DOENÇA PERIODONTAL E FATORES ASSOCIADOS EM
USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia e Saúde da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre em Odontologia e Saúde com área de concentração em Diagnóstico Bucal.

Orientadora: Prof^a Dra. Andreia Leal Figueiredo

Salvador

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S618 Siqueira, Daniele Veiga da Silva.

Doença periodontal e fatores associados em usuários de serviços odontológicos / Daniele Veiga da Silva Siqueira. - Salvador, 2016.

87 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Andreia Cristina Leal Figueiredo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde, 2016.

1. Doenças periodontais - Fatores de risco. 2. Saúde bucal. 3. Estratégia saúde da família. 4. Odontologia em saúde pública. 5. Higiene bucal. I. Figueiredo, Andreia Cristina Leal. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde. III. Título.

CDU: 616.314.17-002



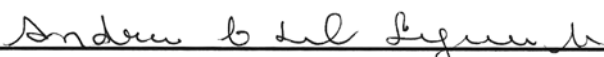
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE

TERMO DE APROVAÇÃO

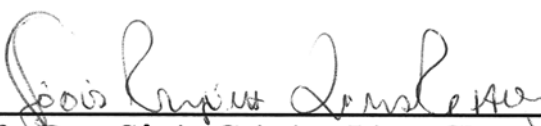
C.D. DANIELE VEIGA DA SILVA SIQUEIRA

“DOENÇA PERIODONTAL E FATORES ASSOCIADOS EM
INDIVÍDUOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS”

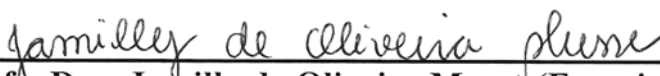
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo (Orientadora)
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia



Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves (Examinador Interno)
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia



Profa. Dra. Jamilly de Oliveira Musse (Examinador Externo)
Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

*A minha família e aos meus amigos por todo apoio,
carinho e atenção. Vocês são os meus exemplos pra
me tornar uma pessoa melhor a cada dia. Essa
vitória é nossa!*

*Grandes realizações são possíveis quando se dá
importância aos pequenos começos.*

Lao-Tse

AGRADECIMENTOS

Para finalizar esta etapa da minha vida não poderia deixar de agradecer a tantas pessoas que contribuíram para que isso acontecesse.

A Deus pela presença constante em minha vida, nos momentos mais leves e mais difíceis sempre me orientando e mostrando os caminhos que devo seguir.

A minha orientadora, Prof.^a Dra. Andreia Figueiredo, por ter ultrapassado as barreiras da orientação e se mostrar tão dedicada, acolhedora, colaboradora e pela confiança dedicada a mim no desenvolvimento desse trabalho. Espero que nossos caminhos continuem seguindo juntos pelas nossas jornadas.

Aos meus pais, Ana Rita e Vitorino, e minha irmã Louise, pelo apoio, carinho e amor para que eu pudesse ir à busca dos meus sonhos e realizá-los.

A Sophie por me trazer alegrias e paz.

Aos professores da Pós Graduação em Odontologia e Saúde pela dedicação e conhecimento compartilhado.

A Prof^a Dra. Patrícia Cury e Prof^a Dra. Johelle Passos pelas contribuições para este trabalho no exame de qualificação.

A Prof^a Dra Sônia Chaves e Prof^a Dra Jamilly Musse pelas contribuições para este trabalho na defesa da dissertação.

Aos meus colegas da Pós Graduação por esse período de convivência ter sido mais leve com a presença de vocês, em especial, a Beta por sempre se mostrar prestativa e dedicada em tudo que se propõe a fazer.

A Liu, Anninha, Mon e Lu, por todas as risadas, dúvidas e companheirismo nessa caminhada. Nunca esquecerei os nossos momentos e torço para que eles continuem.

A Poli e Beca, amigas queridas que encontrei e reencontrei na UFBA respectivamente. Obrigada por sempre me ouvirem, por serem presentes e por compartilharem comigo momentos especiais que viveram.

A Virgínia, por ser tão solícita, conselheira e por ter compartilhado seus conhecimentos no estágio docente da disciplina de Estomatologia I. Obrigada, Vi!

A todos os meus amigos e amigas pelo apoio e por sempre estimularem os projetos da minha vida, em especial, ao meu amigo irmão Marcos por sempre me ouvir, aconselhar, dividir alegrias e angústias, e por nossa amizade ter ultrapassado as barreiras da UEFS. Te amo amigo!

A minha amiga Gal mesmo com a distância presente hoje entre nós, quando nos encontramos esse detalhe parece não existir. Obrigada amiga por ter dividido comigo nossos primeiros passos na Iniciação Científica.

Aos meus amigos do inglês, como chamamos “My English Team”, Cris, Ju, Di, Alana, Edmilson e Aline. A sala de aula ficou pequena para o tamanho da nossa amizade! Obrigada por terem trocado os turnos de aula para que eu pudesse conciliar com o mestrado. Só onde há muito amor e amizade isso pode acontecer. Amo vocês.

A Gil e sua família pela demonstração de carinho e acolhimento ao longo desses anos.

A Prof.^a Dra. Ana Áurea Alécio por ter direcionado meus primeiros passos na pesquisa científica, pela amizade e torcida.

A Prof.^a Dra. Clarissa Gurgel pela realização do estágio na disciplina de Patologia Geral, pelo carinho, apoio e por ter me incentivado a fazer a seleção do mestrado.

A Prof.^a Dra. Jamilly Musse por ter me incentivado e orientado na especialização de Odontologia Legal e pela amizade ao longo dos anos.

A Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) por ter sido a instituição que me graduei e por me proporcionar a alcançar outros destinos.

A Universidade Federal da Bahia (UFBA) por ter me acolhido e ter se tornado minha segunda casa durante esse período.

A FAPESB, pela bolsa de estudos concedida durante minha permanência no Mestrado.

A todos que contribuíram de alguma forma, através de gestos e palavras, meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 DOENÇA PERIODONTAL	15
2.2 FATORES ASSOCIADOS À DOENÇA PERIODONTAL	18
2.2.1 FATORES RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA E HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	21
2.2.2 FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	25
2.2.3 ACESSO A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA	27
3. HIPÓTESES DO ESTUDO	31
4. PROPOSIÇÃO	32
4.1 OBJETIVO GERAL	32
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
5. MATERIAIS E MÉTODOS	32
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
5.2 CONTEXTO DO ESTUDO	33
5.3 CÁLCULO DA AMOSTRA	33
5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA	35
5.5 COLETA DE DADOS	35
5.6 EXAME CLÍNICO PERIODONTAL	36
5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO	38
5.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	41
5.9 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	42
6. RESULTADOS	44
7. DISCUSSÃO	61
8. CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS	80

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Descrição das Variáveis Dependentes.	38
Quadro 2	Descrição das Variáveis Independentes.	38
Tabela 1	Distribuição da amostra estudada segundo características socioeconômicas e demográficas / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	44
Tabela 2	Distribuição da amostra estudada segundo características de atividades de higiene bucal e hábitos deletérios / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	45
Tabela 3	Distribuição da amostra estudada segundo utilização dos serviços tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária/ Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	46
Tabela 4	Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica (mm) por indivíduo/ Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	49
Tabela 5	Relação entre gengivite e características demográficas e socioeconômicas/ Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	51
Tabela 6	Relação entre gengivite e características dos hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios em relação à gengivite / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	52
Tabela 7	Relação entre gengivite e utilização dos serviços segundo tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária / Município de São Sebastião, Bahia, 2012.	54
Tabela 8	Relação entre periodontite e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	58
Tabela 9	Relação entre periodontite e características dos hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.	56
Tabela 10	Relação entre periodontite e utilização dos serviços segundo tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária/	58

Município de São Sebastião, Bahia, 2012.

Tabela 11	Análise multivariada segundo presença de gengivite e variáveis independentes, São Sebastião do Passe, 2012.	59
Tabela 12	Análise multivariada segundo presença de gengivite e variáveis independentes, São Sebastião do Passe, 2012.	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama do quadro teórico	43
Figura 2	Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica por dente (mm), arcada superior/ São Sebastião do Passé – Bahia, 2012	49
Figura 3	Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica por dente (mm), arcada inferior/ São Sebastião do Passé – Bahia, 2012	49

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

et al.	E colaboradores
AAP	<i>American Academy of Periodontology</i> (Academia Americana de Periodontia)
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGE	<i>Advanced glycation end-products</i> (Produtos finais de glicação avançada)
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDC	<i>Centers for Disease Control</i> (Centros para controle de doença)
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Epi info	Software de domínio público voltado a área da saúde na parte de epidemiologia versão de 18 de agosto de 2008
3.5.1	
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Instituto de Saúde Coletiva
JCE	Junção Cimento Esmalte
MG	Margem Gengival
NIC	Nível de Inserção Clínica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Profundidade de Sondagem
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde
SB Brasil	Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Brasil
SPSS	Software aplicativo (programa de computador) científico
SS	Sangramento a Sondagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
®	Marca registrada
>	Maior
mm	Milímetro
%	Porcentagem
=	Igualdade

RESUMO

Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das principais doenças de risco para a saúde oral, a doença periodontal apresenta diversos estágios com diferentes manifestações clínicas e distintos padrões de evolução. Dessa maneira, identificar fatores de risco para essa infecção bucal é relevante para o campo da saúde pública, com vistas a obter subsídios para elaboração de políticas e ações de promoção e controle, viabilizando os cuidados integrais desses indivíduos. O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência da doença periodontal e fatores sócio econômicos demográficos, hábitos de higiene oral e deletérios e utilização de serviços na atenção básica e secundária em indivíduos usuários de serviços odontológicos em um município coberto pela estratégia de saúde da família. Trata-se de um estudo transversal no qual foi realizado através de dois questionários que continham questões sobre os aspectos socioeconômicos, hábitos, condições de saúde, hábitos de higiene bucal e o tipo de tratamento realizado. Foi realizado o exame completo para a condição da doença periodontal. Os dados foram processados no programa SPSS versão 13.0 e foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, observando o intervalo de confiança de 95%, valor de $p < 0,05$. Foram examinados 407 indivíduos do município de São Sebastião do Passé, na Bahia. Os resultados mostraram que a predominância foi de mulheres com idade média de 35,7 anos (DP= 14,068), 45,1% (n=161) e 53% (n= 89) não realizaram sequer um procedimento na atenção primária e secundária respectivamente e a prevalência da doença periodontal nos usuários dos serviços odontológicos foi de 38,8% para a gengivite e 16,5% para a periodontite. Houve associação entre aqueles que faziam uso do fumo (OR=1,85; IC=1,06-3,21) e presença de gengivite e para a periodontite essa associação foi verificada entre aqueles eram moradores da zona rural (OR=1,0; IC=0,19-0,57) e que possuíam menor renda (OR= 0,48; IC= 0,28-0,82). Constatou-se que os serviços de saúde bucal não são resolutivos em relação aos problemas periodontais, tanto na atenção básica como na secundária com a realização de poucos procedimentos de promoção de saúde, curativos e preventivos, de baixa resolutividade e impactando de forma negativa a vida desses usuários.

Palavras-Chaves: Doença Periodontal, Estratégia Saúde da Família, Estudo de corte transversal.

ABSTRACT

Considered by the World Health Organization (WHO) as a major risk for oral health diseases, periodontal disease has several stages with different clinical manifestations and different patterns of evolution. Thus, identifying risk factors for this oral infection is relevant to the field of public health, in order to obtain subsidies for policy and promotion and control actions, enabling the comprehensive care of these individuals. The objective of this study was to evaluate the prevalence of periodontal disease and demographic factors economic partner, and deleterious oral hygiene habits and use of services in primary and secondary care in dental services to individual users in a municipality covered by the family health strategy. It is a cross-sectional study which was carried out through two questionnaires containing questions about socioeconomic aspects, habits, health, oral hygiene habits and the type of treatment performed. It was carried out a thorough examination for the condition of periodontal disease. Data were analyzed using SPSS version 13.0 software and we used the statistical test Chi-square test, noting the 95% confidence interval, p-value <0.05. 407 individuals were examined in the municipality of São Sebastião do Passé, Bahia. The results showed that the prevalence were women with an average age of 35.7 years (SD = 14.068), 61.1% (n = 107) and 58.1% (n = 36) did not even conducted a procedure in primary care and secondary respectively and the prevalence of periodontal disease in users of dental services was 38.8% for gingivitis and 16.5% for periodontitis. There was an association between those who make tobacco use (OR = 1,85; IC = 1,06 - 3,21) and presence of gingivitis and periodontitis for this association was observed among those were residents of rural areas (OR = 1,0; IC = 0,19 – 0,57) and had lower income (OR = 0,48; IC = 0,28 - 0,82). It was found that the oral health services are not resolute in relation to periodontal problems, both in primary care and in the secondary with the completion of a few health promotion procedures, curative and preventive, low resolution and impacting negatively to life these users.

Keywords: periodontal disease, the family health strategy, cross-sectional study.

1. INTRODUÇÃO

A doença periodontal é denominada como um conjunto de processos inflamatórios e infecciosos que envolvem os tecidos periodontais. Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma das principais doenças de risco para a saúde oral, apresenta diversos estágios com diferentes manifestações clínicas e distintos padrões de evolução (STAMATOVA, 2009; ALVEAR et al., 2010).

A doença periodontal representa uma das principais ameaças à saúde bucal, devido ao seu caráter polimicrobiológico, multifatorial, episódico e sítio-dependente (KINANE, CHESTNUTT, 2000; AL-GHUTAIMEL et al., 2014). Dentre os fatores de risco relacionados à sua progressão estão a idade avançada, hábito de fumar, sexo, condição socioeconômica, etnia, doenças sistêmicas, patógenos periodontais, tanto em grupos de jovens quanto de adultos (OGAWA et al., 2002; HIGHFIELD, 2009).

Os resultados do último Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no Brasil, SB Brasil 2010, demonstram que a prevalência da doença periodontal no Brasil encontra-se elevada. Dados do relatório sobre a condição periodontal dos brasileiros revelaram que indivíduos jovens e adultos, com faixas etárias entre 15 a 19 anos e 35 a 44 anos de idade apresentam algum tipo de problema periodontal, evidenciando um percentual de 47,6% e 49,9%, respectivamente. Com relação aos idosos (65 a 74 anos de idade), pode-se observar que apenas 1,8% dos indivíduos exibiram saúde periodontal (BRASIL, 2011).

Al-Tayar et al. (2015) verificaram a prevalência da doença periodontal e fatores associados, como características sócio demográficas, práticas de higiene bucal e uso do tabaco em homens no Iêmen. Nesse estudo, os resultados revelaram que a doença periodontal esteve associada com a faixa etária (acima de 30 anos), menor renda familiar e uso do tabaco.

Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na década de 90, o modelo tradicional, historicamente hegemônico, com foco na doença e na intervenção curativa foi modificado para o modelo da vigilância em saúde que prima por trabalhar os fatores de risco e determinantes do processo saúde doença e pela mudança de atitudes e comportamentos individuais e coletivos visando a integralidade do cuidado na saúde bucal (SILVA, 2013).

O diagnóstico das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento da população, bem como a avaliação do modelo de atenção em saúde vigente, é de fundamental importância como primeiro passo no sentido da programação e planejamento em saúde bucal, permitindo estabelecer prioridades de ação e alocação de recursos de forma direcionada à melhoria das condições de saúde da população (JACCOTTET et al., 2012).

Dessa forma, identificar fatores de risco para essa infecção bucal é relevante para o campo da saúde pública, com vistas a obter subsídios para elaboração de políticas e ações de promoção e controle, viabilizando os cuidados integrais desses indivíduos (SILVA, SENA, 2008; BATCHELOR, 2012).

Diante disso, esse trabalho teve como objetivo avaliar a prevalência da doença periodontal e fatores associados em indivíduos usuários de serviços odontológicos em um município coberto pela estratégia de saúde da família.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. DOENÇA PERIODONTAL

A Doença Periodontal é definida como resultado do desequilíbrio entre agressão de bactérias, outros fatores externos e a capacidade de defesa do organismo, tendo como expressão o processo inflamatório da gengiva (gengivite), podendo progredir até a perda da unidade dentária por reabsorção do tecido ósseo e perda de inserção do ligamento periodontal (periodontite) (GOMES FILHO et al., 2006), proporcionando impactos negativos na qualidade de vida dos indivíduos, comprometendo os aspectos funcionais do aparelho estomatognático e a autoestima (ARAÚJO E SUKEKAVA, 2007).

Com relação à classificação da doença periodontal, o International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions (1999) distinguiu as principais formas de periodontite em periodontite crônica e periodontite agressiva (ARMITAGE, 2004). A distinção baseia-se em vários fatores clínicos, como a idade de início da doença, a taxa de progressão, o padrão de destruição, o grau de inflamação e a quantidade de biofilme e cálculo acumulados (ARMITAGE et al., 2010). Em cada uma destas formas é possível ainda subclassificar a doença em periodontite localizada ou generalizada, consoante atingir menos ou mais de 30% dos sítios analisados, e também classificar em periodontite leve, moderada ou grave, considerando uma perda de inserção de 1-2, 3-4 ou ≥ 5 mm, respetivamente (ARMITAGE, 2004).

Em 2007, o Centers for Disease Control (CDC) e a American Academy of Periodontology (AAP) apresentaram outra proposta de classificação da doença periodontal baseada nos estudos epidemiológicos, na avaliação das bolsas periodontais e perda de inserção. Segundo esta classificação, a gengivite não foi considerada. Além disso, não foi feita a divisão entre periodontite crônica e agressiva e a idade deixou de ser fator de diagnóstico (PAGE, EKE, 2007). Em 2010, esta classificação foi novamente readaptada, reintroduzindo-se a designação periodontite agressiva para indivíduos com menos de 35 anos de idade (DEMMEER, PAPAPANOU, 2010).

No panorama dos países pertencentes à América Latina, a gengivite é prevalente em crianças e adolescentes, mas outras manifestações da doença

periodontal podem também ser encontradas, incluindo a periodontite agressiva e a periodontite necrosante. A prevalência média da gengivite na América Latina é de 34,7%, variando entre os países latinos americanos entre 24% a 77%. Já a prevalência de sangramento à sondagem é de 15% a 35% (BOTERO et al., 2015).

A periodontite agressiva em adolescentes é encontrada em cerca de 2% e a periodontite incipiente é de 20%. A alta prevalência de gengivite e sua possível progressão para periodontite salientam a importância do diagnóstico precoce e o tratamento, além da necessidade de atividades educativas para a população sobre os benefícios de controlar a gengivite em uma idade mais precoce (BOTERO et al., 2015).

O desenvolvimento da doença periodontal resulta de um processo multifatorial. Para que ela ocorra, é necessário que haja um desequilíbrio entre os mecanismos protetores do organismo e a quantidade de bactérias periodontopatogênicas associadas aos fatores de risco (XAVIER et al., 2009).

Prado et al. (2015) analisaram a relação entre doenças bucais e seu impacto sobre o desempenho diário de adultos e idosos brasileiros, verificando a associação das doenças bucais com características socioeconômicas e demográficas, comparando a estimativa do padrão de necessidade com a avaliação sócio odontológica dessas mesmas necessidades. Os autores avaliaram dados de 17.398 brasileiros com idade entre 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, provenientes do Inquérito de Saúde Bucal do Brasil (Saúde Bucal Brasil - SBBrasil). Este estudo mostrou uma relação entre o impacto de saúde bucal no desempenho diário de adultos e nível de escolaridade e a relação entre a percepção de saúde de adultos e idosos e características sociodemográficas. Observou-se que a perda de inserção periodontal teve impacto sobre a saúde dos indivíduos que apresentaram menor escolaridade.

A evolução da doença periodontal pode ocasionar um sério comprometimento funcional e estético do paciente e medidas simples como instrução de higiene bucal e motivação são fundamentais para prevenção e tratamento (RODRIGUES et al., 2014). Dessa maneira, o conhecimento sobre a doença periodontal é importante para que ela seja prevenida e para que o paciente saiba identificar seus sinais e sintomas a fim de procurar tratamento odontológico o mais precocemente possível (UMEIZUDIKE et al., 2014).

Rodrigues et al.(2014) realizaram um estudo que tinha como objetivo avaliar o nível de conhecimento sobre saúde periodontal de indivíduos submetidos à

triagem Unidades de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas da cidade de Barretos, em São Paulo. Os resultados mostraram que os pacientes têm conhecimento do que seja o biofilme que pode causar gengivite. Além disto, acreditam que a higienização é importante para manter a saúde, porém acreditam que a responsabilidade de remover o biofilme bacteriano é do cirurgião-dentista.

O exame de sondagem realizado através de sonda periodontal milimetrada, é considerado como a melhor maneira para definição do estado de saúde ou da doença periodontal, pois através dele as condições periodontais são refletidas obtendo assim os parâmetros clínicos, como a Profundidade de Sondagem (PS) e o Nível de Inserção Clínica (NIC). A importância da sondagem favorece o diagnóstico formulando assim o tratamento pelo cirurgião-dentista (PINTO et al, 2006; TAHIM et al, 2007).

2.2. FATORES ASSOCIADOS À DOENÇA PERIODONTAL

O desenvolvimento e gravidade da doença periodontal, são muitas vezes determinados por fatores de risco como higiene bucal, tabagismo, alcoolismo, diabetes, estresse, idade avançada, sexo, condição sócio econômica e doenças sistêmicas (NUNN, 2000, ZHU et al., 2005; DARBY et al., 2010).

O estudo desenvolvido por Alves Filho et al. (2014), teve como objetivo através de revisão de literatura identificar a existência de associação entre fatores socioeconômicos, demográficos e ambientais e a presença de cárie dental e doença periodontal em populações indígenas na América Latina. Foi possível concluir que o aumento da idade e diferenças entre os sexos são possíveis fatores associados ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais nas etnias Guarani e Xavante, localizadas no Brasil.

Consoante ao estudo desenvolvido por Alves Filho e colaboradores, Bourgeois et al. (2007) realizaram uma pesquisa com a participação de 2.144 indivíduos adultos franceses com idades entre 35 a 64 anos para avaliar a prevalência e extensão da doença periodontal. A prevalência da doença periodontal foi de 95,4% e a extensão de 82,23%. A perda de inserção aumentou com a idade, enquanto a profundidade de sondagem foi fracamente correlacionada com a idade. Os homens apresentaram maiores perdas de inserção quando comparados com as mulheres da amostra.

Apesar do fato de que a presença de bactérias e os seus produtos serem fatores importantes para estimular a doença, a sensibilidade da doença e da sua taxa de progressão são também reguladas pela suscetibilidade do hospedeiro. Estas podem ser afetadas por uma série de fatores de riscos ambientais e adquiridas, como hereditariedade, tabagismo, variação hormonal (durante a gravidez, menopausa), doenças sistêmicas (de Marfan e de Ehlers-Danlos, diabetes, osteoporose, HIV, neutropenias, doenças cardiovasculares), estresse, deficiências nutricionais, medicamentos (bloqueadores dos canais de cálcio, agentes imunomoduladores, anticonvulsivantes) e higiene bucal deficiente (RYAN, 2005).

Genco e Genco (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre os fatores de risco comuns para doença periodontal, cárie, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Foi observado que há evidências de que a periodontite é um fator de risco para diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cânceres e que a

modificação dos fatores de risco deve ser incorporada na prática odontológica pelos cirurgiões dentistas. Na mesma direção, Diouf et al. (2015) tiveram como objetivo a determinação dos fatores periodontais associados ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) em indivíduos do Senegal. Foi verificado que a doença periodontal está associada com acidente vascular cerebral no contexto Africano e do Senegal, sendo importante informar os médicos, especialmente neurologistas, sobre a necessidade de integrar o exame das condições bucais em suas consultas com pacientes.

De todos os fatores de risco identificados, o fumo pode ser considerado como o fator de risco mais fortemente associado com a periodontite no adulto, principalmente na periodontite severa. As substâncias nocivas presentes no cigarro e em seus subprodutos têm um efeito vasoconstritor na circulação não apenas periférica, mas também na circulação gengival, reduzindo a atividade funcional de leucócitos e macrófagos na saliva e causar a diminuição na quimiotaxia e fagocitose dos leucócitos polimorfonucleares (OGAWA, 2002; PALMER et al., 2005; ANAND et al., 2012; AL AGILI, PARQUE, 2013).

O tabaco acarreta na perda de ligamento periodontal de acordo com o número de cigarros fumados diariamente e duração do hábito, levando-se à hipótese de relação dose-dependente entre o fumo e a severidade da doença periodontal (CALINA, 2002; BERGSTÖM, 2003), corroborando com o estudo realizado por Ramos et al. (2011), com adolescentes e adultos em um estado da região nordeste brasileira, sugerindo que o fumo apresenta uma relação de causalidade com a doença periodontal ao considerar a resposta dose – dependente, tornando-se um importante fator de risco, e com o estudo de Reis et al. (2012), no qual adultos considerados ex-fumantes após 20 anos de cessação demonstraram melhora significativa em sua condição periodontal.

A ingestão de bebidas alcoólicas e as desordens físico-psicológicas dela decorrentes são mundialmente reconhecidas como problemas de saúde pública (LAGES, 2011). O consumo de álcool prejudica a quantidade de neutrófilos, macrófagos, e funções de células T, aumentando a probabilidade de inflamação do tecido conjuntivo e a estimulação da reabsorção do osso alveolar (RAMSEIER, SUVAN, 2015).

O estudo realizado por Lages et al. (2011) teve como objetivo investigar a associação em adultos da frequência e a gravidade do uso do álcool e periodontite, além de verificar a influência de variáveis de risco biológicas, comportamentais e

sociais nesta associação. Os resultados mostraram que a prevalência de periodontite em usuários de álcool foi alta e, de forma incremental, frequência e dependência ao álcool aumentaram a chance de ocorrência de periodontite, principalmente em fumantes.

Consoante com a associação do álcool com a doença periodontal, Tanner et al. (2015) realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a prevalência de tabagismo e uso de álcool em associação com cárie dentária e sinais de doença periodontal em um grupo de homens adultos finlandeses nascidos no início dos anos de 1990. Foi verificada associação com a frequência de fumar, uso de serviços odontológicos e dor de dente. A maioria dos participantes (80,9%) consumiu álcool pelo menos uma vez por mês, e 39,4% eram fumantes diários. Foi observada associação entre o tabagismo e a alta experiência de cárie e valores elevados de sangramento a sondagem. Já o consumo de álcool não foi associado com cárie dentária e doença periodontal. O nível de educação dos participantes foi o principal fator de proteção da saúde bucal. Os fumantes usaram os serviços odontológicos mais frequentemente em comparação com os não fumantes diante do aparecimento de dor aguda.

Fumar é um dos principais fatores de risco para doenças orais, tais como a doença periodontal e perda de dentes, sendo que o hábito de fumar está intimamente associado com a prevalência e gravidade da doença periodontal e a presença de menos dentes remanescentes na cavidade bucal (JOHNSON, HILL, 2004; YANAGISAWA et al., 2009). Além disso, a evidência crescente mostra que o fumo de maneira passiva pode agravar a doença periodontal em não fumantes (WALTER et al., 2012; JAVED et al., 2014). A exposição à fumaça do cigarro de outras pessoas, considerados como tabagismo passivo, tabagismo involuntário ou fumo de tabaco ambiental estão associados a efeitos prejudiciais à saúde, como asma, câncer de pulmão e doenças cardiovasculares (ÖBERG et al., 2011; BEHERA et al., 2014).

No estudo desenvolvido por Ueno et al. (2015), teve como objetivo examinar se o tabagismo ativo e passivo estava associado com a prevalência de doença periodontal severa e a presença do número de dentes na cavidade bucal de 1.164 adultos japoneses com idades entre 55 a 75 anos atendidos em um centro de saúde pública. Os sujeitos participantes da pesquisa completaram um questionário sócio demográfico e exame clínico intra bucal. A associação do tabagismo com a

prevalência da doença periodontal foi analisada por meio de uma regressão logística, e com o número de dentes ou unidades funcionais de dentes naturais usando um modelo linear generalizado. Os resultados indicaram que o tabagismo ativo, bem como tabagismo passivo pode ter efeitos nocivos na saúde periodontal em homens. Portanto, é importante para a saúde que os cirurgiões-dentistas devem esclarecer as pessoas sobre a influência negativa do tabagismo, não só sobre a sua própria saúde, mas também na saúde dos outros.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população brasileira encontra-se entre os maiores consumidores mundiais de álcool (Brasil, 2011). O álcool é uma das poucas substâncias psicoativas que tem seu consumo e uso admitido pela sociedade (BRASIL, 2004). Quando utilizado excessivamente, entretanto, está associado a problemas sociais e de comportamento e a um grande número de agravos à saúde bucal, como por exemplo, a doença periodontal (COSTA et al., 2004).

O tabagismo tem sido identificado como fator de risco independente para o desenvolvimento doença periodontal, especialmente quando combinado com o uso de álcool. O efeito somente do álcool sobre a doença periodontal ainda está sendo investigada, contudo, o consumo excessivo de álcool pode ser um fator independente de risco para o desenvolvimento da periodontite agressiva (PITIPHAT, et al., 2003; TEZAL, URIBE, 2011).

Akpata et al. (2014) desenvolveram um trabalho de corte transversal para classificar a doença periodontal em idosos no Estado de Plateau, na Nigéria, e determinar a sua associação com o consumo de álcool. Foram aplicados questionários quanto ao consumo de álcool e a realização de exame clínico para determinar a ocorrência da doença periodontal, a perda de inserção clínica e a profundidade de sondagem. Apesar da prevalência da periodontite severa em 46% da população de idosos estudada, não houve relação estatisticamente significativa entre a prevalência da doença periodontal e a frequência do consumo de álcool ou a quantidade consumida.

Consoante a este estudo, Mizutani et al. (2015) desenvolveram um trabalho que tinha como objetivo avaliar as inter-relações entre condição gengival, escovação após a ingestão de bebida alcoólica e sensibilidade ao álcool em estudantes universitários que bebiam mais do que uma vez por semana, em média. Participaram 808 estudantes (541 do sexo masculino, 267 do sexo feminino) que

responderam a um questionário sobre a sensibilidade de álcool e comportamentos de saúde bucal, incluindo o comportamento de escovação dentária depois de beber. Já a condição gengival foi verificada através de exame de sangramento a sondagem. 13% dos participantes relataram que negligenciavam a escovação depois do consumo de bebida alcoólica, apresentando perda de inserção clínica ≥ 4 mm e o consumo de álcool foi maior entre estes do que aqueles que relataram que escovavam após o consumo, apresentando esses perda de inserção clínica ≤ 3 mm. O estudo revelou que o consumo de álcool foi indiretamente relacionado à atividade da doença gengival através da negligência de escovação depois do consumo e baixa sensibilidade ao álcool.

A doença periodontal não ocorre apenas como consequência da acumulação de biofilme bacteriano, mas também devido a fatores do hospedeiro que podem alterar a consequência do biofilme sobre um indivíduo em particular, como por exemplo, a diabetes. O baixo grau de inflamação crônica está diretamente envolvido não só na patogênese da obesidade, diabetes e suas complicações, mas também na patogênese da doença periodontal em que as citocinas desempenham um papel central nas respostas do hospedeiro para os biofilmes periodontais (GENCO et al., 2005; MEALEY, ROSE, 2008). Em doentes com diabetes melitus do tipo 2, a hiperglicemia leva a uma maior deposição de produtos finais de glicação avançada (AGEs) nos tecidos agravando uma produção descontrolada de citocinas pró-inflamatórias conduzindo a uma permeabilidade vascular aumentada, desagregação das fibras de colágeno, destruição de tecidos conjuntivos e nos ossos através do aumento da peroxidação de lipídios e aumento dos níveis de IgA, IgG, tornando assim os pacientes diabéticos mais propensos a periodontite (PATARO, et al., 2012).

O estudo desenvolvido por Sousa et al. (2014) teve como objetivo avaliar o perfil e a percepção de pacientes com diabetes sobre a relação bidirecional entre diabetes e doença periodontal, assim como a integralidade da atenção primária à saúde destes pacientes. Foi realizado um estudo epidemiológico de corte transversal, com 154 usuários cadastrados no programa Hiperdia, em Unidades de Saúde da Família (USF), utilizando-se um questionário estruturado. O estudo mostrou que os pacientes com diabetes apresentaram elevada prevalência de dentes perdidos, carência de informações sobre os cuidados de higiene bucal e

acerca da relação entre a doença periodontal e diabetes, o que evidencia a necessidade uma maior integração entre o Cirurgião-Dentista e a equipe médica.

A prevenção é a maneira mais econômica e eficiente para evitar a instalação e propagação de doenças como a cárie e a doença periodontal (DINELLI et al, 2000). Uma vez que as informações são transmitidas e os pacientes se tornam receptivos e colaboradores, a possibilidade de sucesso das atividades de prevenção e promoção da saúde é alta. Entretanto, em algumas situações, a mudança dos hábitos de higiene bucal é difícil de ser alcançada devido a influências sociais e culturais dificultando a propagação desses conhecimentos (NGUYEN et al., 2011).

A despeito dos hábitos de higiene bucal, Pereira et al. (2014) desenvolveram um estudo que teve como objetivo avaliar o conhecimento e opinião da população anapolina a respeito de métodos alternativos de higiene bucal durante atividades de extensão promovidas na cidade de Anápolis-Goiás. Foram realizados cinco eventos públicos de extensão e oficinas sobre métodos alternativos de higiene bucal, nas quais foi demonstrado à população presente como confeccionar a escova alternativa feita com bucha vegetal e o fio dental de saco de laranja ou de saco plástico. No final de cada oficina, o público foi convidado a responder um questionário contendo cinco questões sobre o tema. No total, 305 questionários foram respondidos. O estudo mostrou que poucos conhecem os métodos alternativos. Há aceitação da maioria da população e foi considerado de fácil confecção. A população se mostrou disposta a utilizar a bucha vegetal e o fio dental alternativo como método de higiene bucal em caso de não dispor dos meios tradicionais de higiene, apontando uma valorização em relação à manutenção de sua saúde bucal, controlando assim o biofilme dental.

2.2.2. FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a proporção de pessoas que consultaram um dentista foi maior para as mulheres (47,3%), pessoas de cor branca (50,4%) e nos grupos de idade de 18 a 29 anos (51,0%) e de 30 a 39 anos (50,4%). As pessoas com 60 anos ou mais de idade registraram o menor percentual (28,9%). Quanto maior o nível de instrução, mais elevada foi a proporção de consultas a um dentista: variou de 36,6%, entre as pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, a 67,4% entre aquelas com nível superior completo (BRASIL, 2014).

Dentre os adultos, 11,0% haviam perdido todos os dentes, o que corresponde a aproximadamente 16 milhões de brasileiros, sendo esse percentual maior entre as mulheres (13,3%) que entre homens (8,4%). Aproximadamente 41,5% das pessoas com 60 anos ou mais de idade haviam perdido todos os dentes, o mesmo ocorreu com 22,8% das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto (BRASIL, 2014).

Estudos demonstram que há uma maior predominância dos homens em relação às mulheres ao acometimento da doença periodontal por estar relacionada, mais especificamente, a aspectos característicos do gênero masculino, tais como má qualidade da escovação dentária, desmotivação referente ao autocuidado e a frequente isenção pela busca dos serviços odontológicos (GENCO, 1996; MACHION et al., 2000; ALBANDAR, 2002; RAGGHIANTI et al., 2004). Já as mulheres estão expostas aos fatores modificadores da doença periodontal, como gestação, menopausa, menstruação, entre outras, e, dessa forma, aumentam a possibilidade das mulheres desenvolverem a doença (SUSIN et al., 2004; MACÊDO et al., 2006; AAP, 2005; ANTUNES et al., 2008).

Indicadores socioeconômicos como renda e escolaridade, são fatores que apresentam associação com a doença periodontal. Os indivíduos que apresentam piores condições socioeconômicas têm demonstrado maior risco para gengivite e periodontite, uma vez que influenciam diretamente os hábitos de higiene bucal, quantidade de biofilme dental e sangramento gengival (BOING et al., 2005; PION et al., 2006; ARAÚJO, SUKEKAVA, 2007; BARBOSA et al., 2009). Nos grupos populacionais que estão em vulnerabilidade social, é percebido que a doença

periodontal é mais comum, e, além disso, o gradiente entre posição socioeconômica e doenças crônicas também tem sido observado em relação à doença periodontal (LOCKER, 2000; SABBAH e et al., 2010).

No estudo realizado por Vettore et al. (2013), com crianças, adolescentes adultos e idosos no Brasil, foi verificado que a chance de desenvolvimento da doença periodontal foi maior para os adultos mais velhos, do sexo masculino, de cor de pele parda, com menor renda familiar e menor escolaridade. Foi observada associação entre as variáveis renda familiar, anos de estudo, e doença periodontal, ou seja, quanto menor a renda e os anos de estudo, maior a chance de doença periodontal. A desigualdade de renda foi associada de maneira independente com a doença periodontal “grave”, mas não com a doença periodontal “moderada a grave”.

Com relação aos índices periodontais, o nível socioeconômico é um importante indicador de risco de doença periodontal, já que os indivíduos com baixo nível socioeconômico têm uma maior ocorrência de perda de inserção e profundidade de sondagem do que aqueles com alto status socioeconômico (SCHUCH et al., 2015). Entretanto, os indivíduos que possuem renda mais alta por si só não significam que não possam desenvolver a doença periodontal, mas levam vantagem no fato de ser um grupo é mais propenso a visitar o cirurgião dentista, com acesso periódico garantido, por possuir comportamentos mais saudáveis de saúde, não serem portadores de doenças sistêmicas, dificultando consequentemente o aparecimento da doença periodontal (BERNABE, MARCENES, 2010).

Cury et al. (2013) avaliaram por meio de um estudo transversal a prevalência de doença periodontal destrutiva e seus indicadores de risco em índios adultos Kiriri do Nordeste do Brasil. Embora a periodontite fosse altamente prevalente em índios Kiriri, apenas alguns dentes mostraram a doença avançada, sendo que a periodontite foi associada com maior idade, com o sexo masculino e diabetes. De modo semelhante, Gomes Filho et al. (2014) por meio de estudo de caso controle verificaram a influencia da doença periodontal em adultos asmáticos. As variáveis idade avançada, menor escolaridade, presença de osteoporose, hábito de fumar, e maior índice de massa corporal apresentaram associação com a doença periodontal.

2.2.3 ACESSO A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A estratégia atual de cuidados de saúde com adultos nos países considerados desenvolvidos é a de fortalecer os sistemas de vigilância que monitoram o estado de saúde dos adultos nos níveis nacional, estadual e municipal, e para avaliar as estratégias de saúde pública voltadas para a prevenção (EKE et al., 2012). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho multidisciplinar em equipe (Brasil, 2012a).

Dentre os espaços de serviços de saúde, a atenção básica caracteriza-se como pela maior proximidade com a população e ênfase nas ações preventivas, promocionais sem descuidar das ações curativas e reabilitadoras, intermediadas pelos profissionais de saúde que, através de seus conhecimentos, habilidades e técnicas, atingem a vida cotidiana das pessoas, transformando-as (ALVES, 2005). Nessa perspectiva, a inclusão da equipe de saúde bucal na ESF tem como propósito a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde bucal à população residente da área de abrangência da unidade básica de saúde. Desta maneira, as atribuições da equipe de saúde bucal, preconizadas pelo Ministério da Saúde, visam à identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde bucal da população, elaboração e execução das práticas preventivo-promocionais de saúde, intervenção curativa e ênfase no desenvolvimento de práticas voltadas para a educação em saúde (BRASIL, 2001; PNSB, BRASIL, 2004).

Vale ressaltar que a conduta da equipe de saúde bucal, voltada à prevenção das alterações gengivais e periodontais na atenção básica, ocupa um papel fundamental. Isso por que a gengivite se estabelece como uma morbidade relacionada ao controle deficiente do biofilme bacteriano e, portanto, quando tratada com recursos de intervenção apropriados, com destaque para a higiene bucal supervisionada, esta condição periodontal inicial pode ser revertida, porém, quando não tratada, pode progredir para a periodontite (AAP, 2005; CHAMBRONE, LIMA, CHAMBRONE, 2008).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são estabelecimentos de saúde, participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e considerados como uma das linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, que tem como objetivo a continuidade do trabalho realizado

pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na ESF, pelas equipes de saúde bucal. Os CEO's oferecem os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais. Os pacientes que possuem os casos mais complexos são encaminhados pelos profissionais que atuam na atenção básica para os CEO's através da referência-contrareferência (BRASIL, 2015).

Cabe destacar ainda que a equipe de saúde bucal, na abordagem às doenças periodontais, deve levar em consideração não somente a interação biofilme-hospedeiro, mas as características e diferenças socioeconômicas e culturais em que o indivíduo está inserido, visto que essas peculiaridades podem interferir na condição de saúde ou doença. Tais aspectos, no entanto, demandam atuação interdisciplinar e multiprofissional com vistas à atenção a saúde de forma integral e contínua, de forma a contribuir efetivamente para a redução das desigualdades em saúde (PNSB, BRASIL, 2004; BARBOSA et al. 2009).

Com relação ao campo de avaliação da implementação dos CEO, esta revelou baixo desempenho no cumprimento das metas de produção propostas pelo Ministério da Saúde, (FIGUEIREDO, GOES, 2009; AUSTREGÉSILO et al., 2015) bem como baixa utilização de serviços endodônticos e de cirurgia oral menor (exodontias) por parte dos usuários (CHAVES, 2010). Mesmo com o lançamento, em 2004, da atual Política Nacional de Saúde Bucal e a consequente ampliação da oferta de serviços odontológicos especializados, o número de procedimentos periodontais e endodônticos não aumentou em todos os municípios estudados. Isto se deve a uma série de possibilidades e justificativas, tais como a disponibilidade da força de trabalho e sua distribuição geográfica, a facilidade ou não de acesso a serviços odontológicos, as características da gestão do serviço ou organização da rede assistencial e do processo de trabalho (CHAVES et al., 2011). Além disso, a melhoria da saúde bucal pode estar associada a características do local de residência, (FRITZELL et al., 2011) o que ajudaria a compreender as variações encontradas em cada município brasileiro. É necessária a revisão das estruturas regulatórias da Atenção Secundária em saúde bucal, de modo a levar em consideração as características dos indivíduos onde os serviços estão implantados como, por exemplo, o porte populacional, a cobertura da Estratégia Saúde da Família e as condições de trabalho dos profissionais (AUSTREGÉSILO et al., 2015).

Apesar da ampliação da oferta aos serviços de saúde bucal através da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, esta não reflete, necessariamente, na melhoria da qualidade dos atendimentos. Na maioria das vezes, a expansão da oferta de serviços ocorre sem planejamento e programação das atividades e a prática profissional continua atrelada a uma demanda reprimida e crescente de atendimento cirúrgico-restaurador, sem perceber melhorias nas condições de saúde da comunidade (BARROS, HIRAKATA, 2003).

Jaccottet et al. (2012) realizaram um estudo que tinha como objetivo descrever as necessidades de tratamento odontológico da população e a capacidade produtiva da atenção básica no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, através de dados do inquérito de saúde bucal de 2003 para estimar indicadores de necessidade de restaurações, extrações e tratamento periodontal entre indivíduos com 15 anos ou mais de idade, segundo faixa etária e renda. Foi verificado que mais de 234 mil indivíduos tinham necessidade de tratamento, incluindo 274.085 elementos dentários necessitando de restauração, 107.659 de extração, 282.986 sextantes necessitando remoção de cálculo e 17.803 de tratamento periodontal. Assim, seriam necessárias mais de 680 mil consultas clínicas, em grande desproporção com a produção ambulatorial do município no ano de 2008, de 47.179 procedimentos. Dessa maneira, o potencial produtivo do serviço odontológico era deficitário para atender a todas as necessidades da população.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade definida como um dos princípios do SUS, que orienta as políticas e ações de saúde, caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva (ALVES, 2005).

A integralidade trata da necessidade de superação do chamado monopólio do diagnóstico de necessidades para a integração da voz do outro neste processo (TEIXEIRA, 2003). O princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial deve integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais, integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas, integrar partes de um organismo vivo, dilacerado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante. Porém, o que se observa é que a

integralidade ainda é comprometida pela dificuldade de acesso a este serviço dificultando a estas pessoas sanarem suas necessidades de saúde (CHAVES et al., 2011; SOARES et al., 2015).

Segundo Gouveia et al. (2011), a avaliação dos serviços de saúde pelos usuários auxiliam na construção de indicadores visando auxiliar as estratégias de saúde do serviço direcionando as ações de prevenção e promoção, corroborando com o estudo desenvolvido por Soares et al. (2015) que teve como objetivo identificar fatores associados à utilização dos serviços odontológicos, públicos (básicos e especializados) e privados. Foi realizado inquérito populacional de base domiciliar em dois municípios da Bahia. Do total de 1.290 indivíduos, 38,76% usaram o serviço privado, 33,80% atenção básica e 17,29% atenção básica e CEO. Foi identificado um perfil de desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal mesmo entre os usuários do serviço público em diferentes níveis assistenciais. Aqueles que tinham menor escolaridade e que estavam expostos a uma pior organização do serviço usaram menos o CEO. Quando comparado à assistência suplementar, o serviço público apresentou um perfil de vulnerabilidade, embora a pior organização do serviço não favoreça o uso. Os resultados reiteram que o enfrentamento das desigualdades no acesso e utilização de serviços públicos de saúde é dependente do modo como o governo local articula o projeto e sua capacidade de reorganizar a atenção odontológica.

Apesar da relevância da implantação da ESF faltam, contudo, evidências que apontem essa estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes (PAIM, 2002). Os profissionais de saúde devem repensar seus processos e instrumentos de trabalho, a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados, avaliando se esses processos e práticas se convergem ou se distanciam da assistência integral em saúde (ALVES, 2005; EGRY, GARCIA, 2010).

3. HIPÓTESE DO ESTUDO

Há associação entre baixa resolutividade dos serviços públicos odontológicos e alta prevalência da Doença Periodontal e associação entre variáveis socioeconômicas e demográficas e prevalência da Doença Periodontal.

4. PROPOSIÇÃO

4.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a ocorrência da Doença Periodontal e fatores associados em usuários de serviços odontológicos de um município baiano coberto pela Estratégia de Saúde da Família.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a prevalência de Doença Periodontal (Gengivite e Periodontite) em usuários dos serviços odontológicos.
- Analisar a associação entre hábitos de higiene oral e deletérios como higiene bucal supervisionada, profilaxia, escovação dentária, uso do fio dental, tabagismo, hábito de beber, e doença periodontal segundo a amostra estudada.
- Analisar a associação entre variáveis sócio econômicas e demográficas, como sexo, faixa etária, renda familiar, escolaridade, escolaridade da família, escolaridade do chefe da família, área de residência, situação de trabalho atual, participação de programa social, CPOD, condição de saúde (diabetes) e doença periodontal segundo a amostra estudada.
- Avaliar a associação entre gengivite e periodontite e variáveis relacionadas à utilização dos serviços como procura por dentista na atenção básica e especializada e resolutividade do tratamento periodontal.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal referente a um banco de dados coletados durante o período de Agosto de 2011 a Setembro de 2012, com adultos residentes no município de São Sebastião do Passé. Esse estudo é um recorte de um projeto maior intitulado "A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas" que teve como objetivo pesquisar os problemas que a população enfrenta para ser atendida nas unidades de saúde, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O município de São Sebastião do Passé está localizado há 58 km da capital baiana Salvador, com área de 538,324 km², possui 45.292 habitantes (IBGE, 2014) integralmente cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) com 12 Unidades de Saúde da Família (USF) /Programa Saúde da Família (PSF), além de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO-I) desde 2006 (Brasil, 2015). Houve o interesse no desenvolvimento desse estudo nesse município por ter sido bem avaliado positivamente de acordo com os relatórios de acompanhamento dos CEO's e de visitas técnicas da Coordenação Estadual de Saúde Bucal pela Secretaria Estadual de Saúde.

5.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

A composição da amostra inicial do inquérito domiciliar foi obtida tendo como base de análise o setor censitário, com dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2000.

No município, foram sorteados 10 setores censitários (07 da zona urbana e 03 da zona rural). Foram excluídos da seleção dos setores, todos aqueles que não estavam circunscritos na delimitação do distrito de São Sebastião do Passé.

Em decorrência da ausência de um cadastro atualizado de domicílios que possibilitasse uma seleção aleatória, estabeleceu-se a seguinte sistemática para seleção dos mesmos: dividiu-se o número total de domicílios do setor (N) por 45 para a zona rural e 50 para a zona urbana (tamanho mínimo obtido para o número de domicílios), ou seja, $p=N/n$. Selecionou-se aleatoriamente, um número entre 1 e p , correspondente ao primeiro domicílio da amostra no setor, denominado k . O segundo domicílio foi aquele que ocupou a posição $k+p$; o terceiro $k+2p$ e assim sucessivamente até o 40º domicílio $k+40p$.

Para estimar o tamanho da população a ser entrevistada, fixou-se com base nas informações do Censo do ano 2000, um tamanho médio de 4 pessoas por domicílio e um coeficiente de correlação intra-classe, que indica o grau de homogeneidade dos elementos dentro do conglomerado da amostra, de 0,01 indicado para domicílios com 3, 4, ou 5 moradores. Com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, obteve-se o tamanho mínimo da amostra por distrito para os indivíduos utilizando a fórmula abaixo (SIQUEIRA et al., 2001).

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

p =prevalência de acesso à assistência odontológica em torno de 50% ($p=0,50$) (assumiu-se como desconhecida).

N =total de indivíduos na população segundo o distrito e zona.

$d= 0,05$ - erro amostral máximo admitido 5%.

$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ - nível de confiança ($\alpha=0,05$).

Diante disso, a amostra inicial foi composta de 1555 indivíduos com idade superior a 15 anos. As unidades de referência e análise foram o domicílio e os moradores.

Entretanto, para compor a amostra do presente estudo, a partir do universo de 1555 indivíduos foi calculada uma segunda amostra. Foi frequência esperada de 50%, erro de 5% e 10% para possíveis perdas, foi obtido um $n=433$ indivíduos.

Foram considerados perdas motivos de mudança, recusa (após 3 tentativas), ausência no domicílio no momento da coleta (após 3 tentativas), e falecimento.

5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Na segunda parte da coleta de dados, tendo como base os dados coletados a partir da primeira, foram selecionados para compor a amostra indivíduos maiores de 15 anos que realizaram tratamento no município no serviço odontológico, seja público ou privado, referente ao período máximo de um ano antes do início da coleta e apresentando no mínimo 06 dentes na cavidade bucal.

5.5 COLETA DE DADOS

A pesquisa foi composta por dois questionários. Inicialmente, os agentes comunitários de saúde (ACS), treinados em duas oficinas com pré-teste da ficha, coletaram informações de todos os moradores com idade maior ou igual a 15 anos, no mesmo período da coleta. Em cada domicílio, um informante-chave respondeu pelos demais moradores. As fichas continham dados sobre tabagismo, alcoolismo, e aspectos socioeconômicos e demográficos (número de bens, renda familiar, anos de estudo do chefe da família, número de cômodos, número de moradores e sobre o recebimento de benefícios sociais) e sobre cada indivíduo (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação trabalhista), além de questionamentos relativos à necessidade, acesso e uso dos serviços de atenção odontológica (tipo de serviço utilizado – público/privado, básico/especializado – procedimentos realizados, tempo de marcação entre as consultas, posse de ficha de referência e como foi obtido o acesso ao serviço especializado) referente ao período máximo de 12 meses anterior ao momento da entrevista (Anexo 2).

O questionário 2 (Ficha 2 – Anexo 3) foi composto por aqueles indivíduos do domicílio que utilizaram o serviço público, seja na atenção primária ou secundária. Nela existiam questões acerca dos hábitos (tabagismo e etilismo), condição de saúde (diabetes, histórico familiar e uso de antibióticos), hábitos de

higiene oral (frequência da escovação e tipos de materiais que faz uso para a higiene oral) e sobre o tratamento realizado (tipo de tratamento realizado se houve referenciamento, tempo decorrido desde a última visita ao dentista especialista, considerando como ano de referência o ano de implantação da atenção secundária em saúde bucal no município).

Após essa etapa foram realizados os exames clínicos epidemiológicos, onde foram incluídos todos aqueles indivíduos que responderam a ficha 2. Dois examinadores receberam treinamento e calibração para avaliação da condição periodontal antes e durante o estudo. A avaliação da reprodutibilidade intraexaminador foi baseada em exames duplicados realizados em 20 voluntários, aleatoriamente chamados durante o estudo. A confiabilidade e erro inter-examinador foi avaliado indiretamente fazendo uma comparação separada de cada examinador com um examinador padrão de referência.

Para medidas contínuas utilizou-se o coeficiente de correlação intra-classe para estimar a confiabilidade inter e intra-examinador. O coeficiente de correlação para perda de inserção e profundidade de sondagem foi entre 0,85 e 0,97. A mensuração do erro individual do examinador foi estimada usando as diferenças entre os exames duplicados de cada sítio individualmente.

Para anotar os exames, foram treinadas uma Auxiliar de Saúde Bucal e dois estudantes de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. A equipe era acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) local e as visitas poderiam ser agendadas. Caso o indivíduo selecionado para a realização do exame clínico-epidemiológico não comparecesse até o terceiro agendamento, este foi considerado recusado.

Os exames foram realizados em ambiente domiciliar, durante o período de Agosto de 2011 a Setembro de 2012. Foi utilizada uma cadeira de uso doméstico posicionada em local com iluminação natural ou artificial.

5.6 EXAME CLÍNICO PERIODONTAL

O exame para condição da doença periodontal foi realizado mediante uso da sonda milimetrada do tipo UNC, modelo PCP15 (marca Hu-friedy®). Os seis sítios (disto-vestibular, médio-vestibular, mesio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e

mésio lingual) foram sondados em todas as unidades dentárias, com exceção dos terceiros molares, por causa da presença de falsas bolsas, tão comum no sítio distal dos mesmos e por serem dentes cuja presença na cavidade bucal é cada vez mais rara (AAP, 2000). Foram usados como parâmetros clínicos para a condição da doença periodontal (LINDHE, 1999; GOMES-FILHO et al; 2006):

a) A distância da junção cimento esmalte (JCE) até a margem gengival (MG): No caso de uma recessão gengival, o valor em milímetros foi considerado positivo e a margem gengival estará localizada apicalmente à JCE. No caso de uma hiperplasia gengival, o valor em milímetros foi considerado negativo e a margem gengival estará localizada coronalmente à JCE.

b) Profundidade de sondagem (PS): Realizada medindo-se a distância da margem gengival ao fundo do sulco ou bolsa gengival.

c) Sangramento à sondagem (SS): Depois de passados 10 segundos, se houve, ou não, a presença de sangramento após a remoção da sonda milimetrada da bolsa ou sulco.

d) Nível de inserção clínica (NIC): Realizada medindo-se a distância da junção cimento-esmalte até o fundo do sulco ou bolsa.

A presença da doença periodontal foi classificada como: gengivite, caracterizada pela presença de 25% ou mais de sítios com sangramento à sondagem e nenhum sítio com perda de inserção clínica > 2 mm (LÓPEZ et al., 2005), e periodontite, caracterizada pelo menos 4 ou mais dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem (GOMES-FILHO et al., 2005).

5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para as análises foram utilizadas as variáveis abaixo descritas.

Variável Dependente	Operacionalização	Categorização
Doença Periodontal	Gengivite (25% ou mais de sítios com sangramento à sondagem e nenhum sítio com perda de inserção clínica > 2 mm). Periodontite (4 ou mais dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem).	0= Ausência 1= Presença

Quadro 1- Descrição das variáveis dependentes

Variáveis Independentes	Operacionalização	Categorização
Sexo	-	0 = masculino 1 = feminino
Faixa Etária	Idade em anos	0= 15-34 anos

		1= 35-44 anos 2= 45 anos ou mais
Renda Familiar	Reais	0= Até 1 salário mínimo 1= 1 salário mínimo ou mais
Escolaridade	Anos de estudo	0= Até 8 anos 1= 9 anos ou mais
Escolaridade Familiar	Menor escolaridade familiar quem tinha estudado menos de 8 anos e tinha chefe de família com menos de 4 anos de estudo.	0= Menor escolaridade 1= Maior escolaridade
Escolaridade do Chefe da Família	Anos de estudo do chefe da família	0=Até 4 anos 1= Acima de 5 anos
Área de Residência	-	0= zona rural 1= zona urbana
Situação de trabalho atual	-	0 = sem atividade laboral 1= com atividade laboral
Participa de programa social	-	0= não 1= sim
Higiene Bucal supervisionada	-	0= não 1= sim
Profilaxia	-	0= não 1= sim
Escovação dentaria	-	0= 1 vez 1= 2 vezes ou mais

Uso de fio dental	-	0= não 1= sim
Experiência de cárie	CPO-D	0= Até 10 1= 11 ou mais
Tabagismo	-	0 = não 1 = sim
Hábito de beber	-	0 = não 1 = sim
Diabetes	-	0 = não 1 =sim
Procura por dentista na atenção especializada	-	0 = não 1 =sim
Fez tratamento básico antes de ir ao atendimento especializado	-	0 = não 1 =sim
Conseguiu atendimento na USF/AB	-	0 = não 1 =sim
Resolveu o problema de gengiva	-	0 = não 1 = sim
Ações na atenção primária	Higiene Bucal Supervisionada, Profilaxia, Orientação de Higiene Bucal	0 = nenhuma 1 = uma 2 = duas 3 = três
Ações na atenção secundária	Terapia cirúrgica e não cirúrgica	0 = nenhuma 1 = uma 2 = duas

Integralidade do cuidado	Ações na atenção primária associadas às ações na atenção secundária	0 = nenhuma 1 = uma 2 = duas 3 = três 4 = quatro 5 = cinco
--------------------------	---------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Quadro 2- Descrição das variáveis independentes

A renda familiar foi dividida pela mediana. A variável “Escolaridade Familiar” foi obtida somando-se as variáveis “Escolaridade de estudo do indivíduo”, e “Escolaridade do chefe de família”.

Segundo Alves (2005), a integralidade se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais nos serviços de saúde. Diante desse conceito foi construída a variável “Integralidade do cuidado” obtida somando-se as ações das variáveis “Ações na atenção primária” e “Ações na atenção secundária”. Essa, após análise descritiva, foi categorizada como nenhuma ação aos que não conseguiram nenhum procedimento, tanto na atenção básica quanto secundária, e 1 ou para aqueles que conseguiram pelo menos um procedimento em um dos dois níveis.

5.8. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, no dia 27 de Outubro de 2010, registro CEP 045-10/ CEP-ISC.

Todos os participantes foram sorteados e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, explicando os objetivos e finalidades da pesquisa, sendo assegurados a estes participantes o sigilo e a confidencialidade das informações.

Os exames periodontais foram realizados conforme as normas técnicas e de biossegurança da Organização Mundial de Saúde e não acarretou nenhum tipo de risco físico, biológico ou mental para seus participantes. Além do exame bucal,

foram realizadas atividades de orientação em higiene bucal, sendo distribuídos kits de higiene bucal contendo escova, creme dental com flúor e fio dental para realização e consolidação das técnicas ensinadas aos participantes.

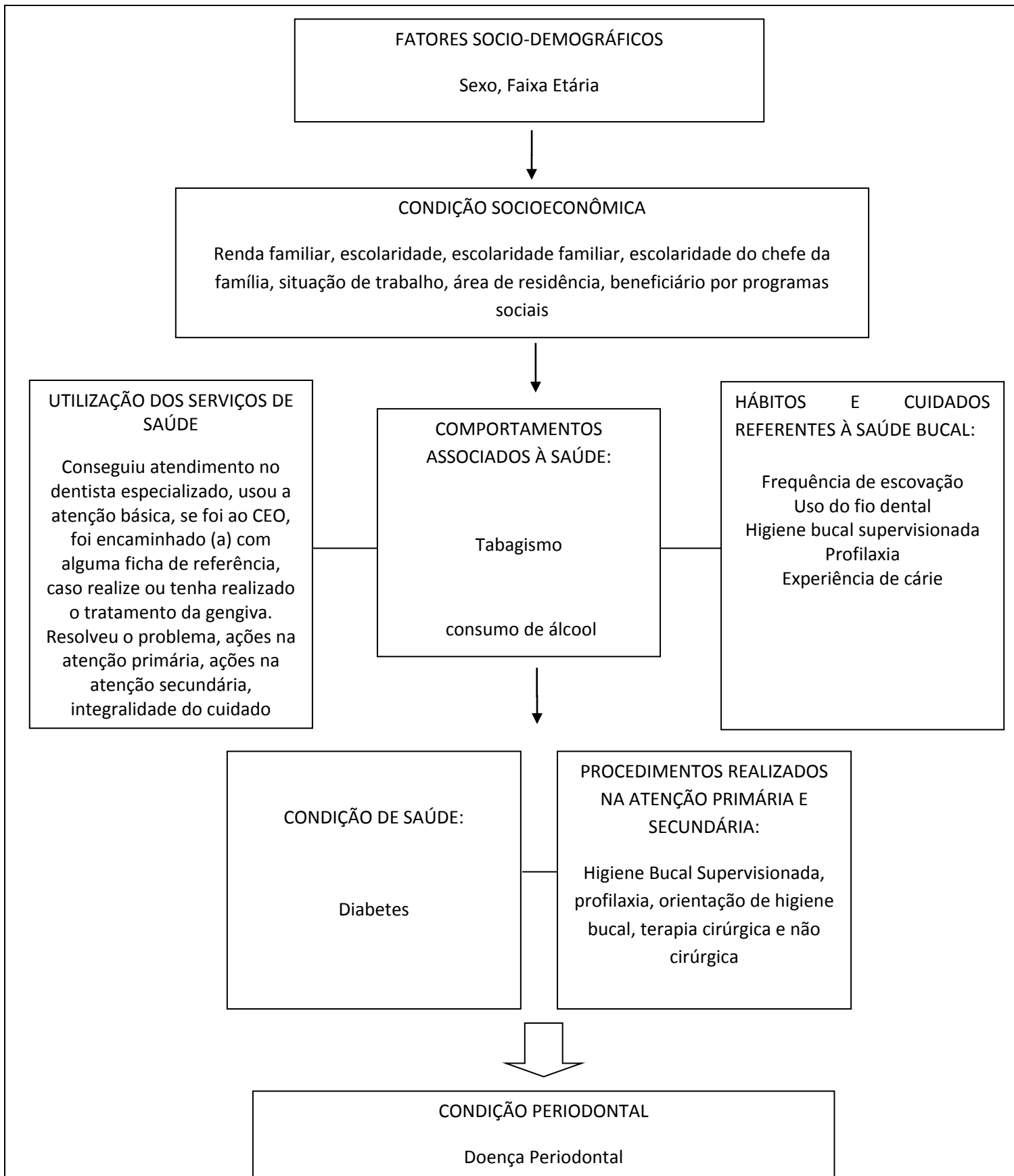
Foi estabelecido um termo de anuência com a Secretaria de Saúde do Município pesquisado, e as atividades de devolução dos resultados deste projeto serão apresentados aos gestores do município em questão, no qual serão entregues os resultados descritivos de estudo, e apresentação oral dos mesmos.

5.9. TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram tabulados no programa Epi info 3.5.1 e transportados para o SPSS versão 13.0 para análise e obtenção dos resultados parciais.

A análise estatística descritiva foi calculada através da frequência, média e desvio padrão. Para a análise bivariada foi utilizado o Teste Qui- quadrado de Pearson. Para a análise multivariada foi realizada a Regressão Logística a partir de um modelo teórico construído para a análise, considerando IC 95% e valor de $p < 0,05$.

Os resultados foram apresentados através de tabelas e gráficos. A análise multivariada foi realizada tendo como base o modelo apresentado a seguir.



Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1992) Adaptado.

Figura 1- Diagrama do quadro teórico.

6. RESULTADOS

Foram examinados 407 pessoas, com uma perda de 8,31% do total da amostra calculada (n=433). A faixa etária predominante foi de 35 a 44 anos (80,3%) e a distribuição conforme o gênero demonstrou que o sexo feminino foi o mais representativo (70%).

Quanto à caracterização socioeconômica, 51,1% (n=208) dos indivíduos exibiram renda familiar mensal igual ou superior a R\$546,00 reais, 68,8% (n=280) estavam empregados e, com relação à escolaridade, 51,8% (n=211) dos entrevistados relataram não possuir ensino médio completo, além de 71,9% (n= 266) residirem em zona urbana (Tabela 1). A média de idade foi de 35,7 anos (DP= 14,068) e a média de escolaridade foi de 5,46 anos de estudo (DP= 3,907).

Tabela 1 - Distribuição da amostra estudada segundo características socioeconômicas e demográficas / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	122	30
Feminino	285	70
Faixa Etária		
15-34 anos	52	12,8
35-44 anos	327	80,3
Acima de 45 anos	28	6,9
Renda Familiar*		
AtéR\$545	130	48,9
R\$546 ou mais	208	51,1

Escolaridade		
Até 8 anos	211	51,8
9 anos ou mais	196	48,2

Área de Residência**		
Zona Rural	104	28,1
Zona Urbana	266	65,4

Situação de trabalho atual		
Sem atividade laboral	127	31,2
Com atividade	280	68,8

* n (338) ** n (370)

Quanto à caracterização dos hábitos e das atividades de higiene bucal realizadas pelos serviços odontológicos, 93,9% (n= 382) não realizaram higiene bucal supervisionada pelo profissional, e 50,9% (n= 207) o tratamento de profilaxia tanto na atenção básica quanto no atendimento especializado (CEO), 92,2% (n=365) escovavam duas vezes ou mais e 57,7% (n=235) utilizaram o fio dental. Quanto à caracterização dos hábitos deletérios, 85,3% (n= 347) não fumam/nunca fumaram, 64,9% (n= 264) indicaram não beber (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da amostra estudada segundo características de atividades de higiene bucal e hábitos deletérios / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

Variáveis	n	%
Higiene Bucal Supervisionada		
Não	382	93,9
Sim	25	6,1
Profilaxia		
Não	207	50,9
Sim	200	49,1

Escovação*		
Uma vez	31	7,8
Duas vezes ou mais	365	92,2
Tabagismo		
Não/Nunca	347	85,3
Fumante ou ex fumante	60	14,7
Hábito de beber		
Não	264	64,9
Sim	143	35,1

* n (396)

Quanto à caracterização da utilização dos serviços odontológicos, 99,2% (n= 395) conseguiu atendimento no dentista, sendo que 94,1% (n= 352) fizeram tratamento básico antes do especializado, 96,8% (n=332) realizou atendimento na USF/AB, sendo que, quase a totalidade (99,1%) não precisou procurar atendimento particular e também não realizaram atendimento através de convênio (99,6%). Porém, 55,5% (n= 226) relatou que procuraram atendimento no pronto socorro ou hospital. Além disso, 58,5% (n= 238) não souberam responder se tinham sido encaminhados para o CEO com alguma ficha de referência. Ressalta-se que 80,8% dos que tiveram atendimento na atenção básica e/ou secundária informaram que não conseguiram resolver os problemas que identificaram na gengiva (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da amostra estudada segundo utilização dos serviços tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

Variáveis	n	%
Procura por dentista na atenção		

especializada*		
Não	3	8
Sim	395	99,2
Fez tratamento básico antes de ir ao atendimento especializado**		
Não	22	5,9
Sim	352	94,1
Conseguiu atendimento na USF/AB***		
Não	11	3,2
Sim	332	96,8
Resolveu o problema de gengiva****		
Não	135	80,8
Sim	32	19,2
Ações na Atenção Primária*****		
Nenhuma	161	45,1
Uma	175	49
Duas	20	5,6
Três	1	3
Ações na Atenção Secundária*****		
Nenhuma	89	53

Uma	62	36,9
Duas	17	10,1

Integralidade do Cuidado*****

Nenhuma	71	46,7
Uma	5	3,3
Duas	59	38,8
Três	6	3,9
Quatro	10	6,6
Cinco	1	0,7

*n (398); **n (374); ***n (343); ****n (167); *****n (357); ****n (168); *****n (152)

Quanto à doença periodontal, ao observar o nível de inserção clínica em relação aos dentes examinados, foi verificado que os molares, seguidos dos pré molares foram os que obtiveram maiores perdas, tanto na arcada superior como na inferior, sendo os incisivos os que apresentaram melhor condição periodontal (Figuras 2 e 3).

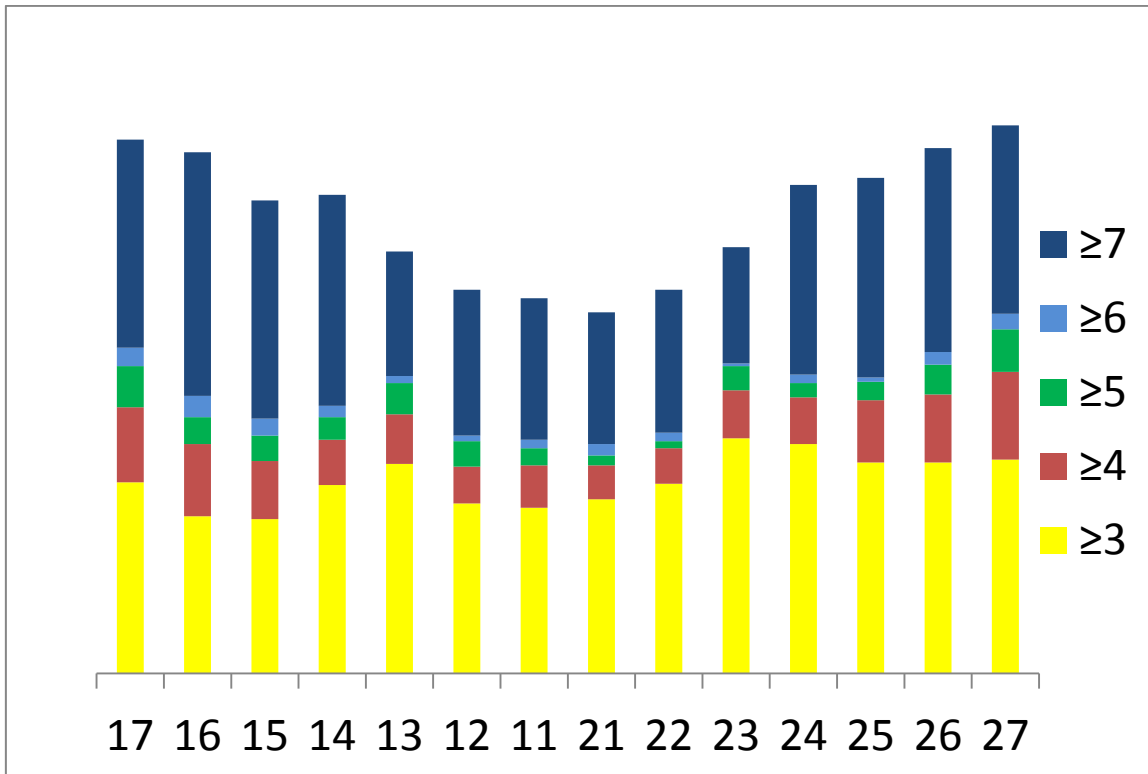


Figura 2- Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica por dente (mm), arcada superior/ São Sebastião do Passé – Bahia, 2012

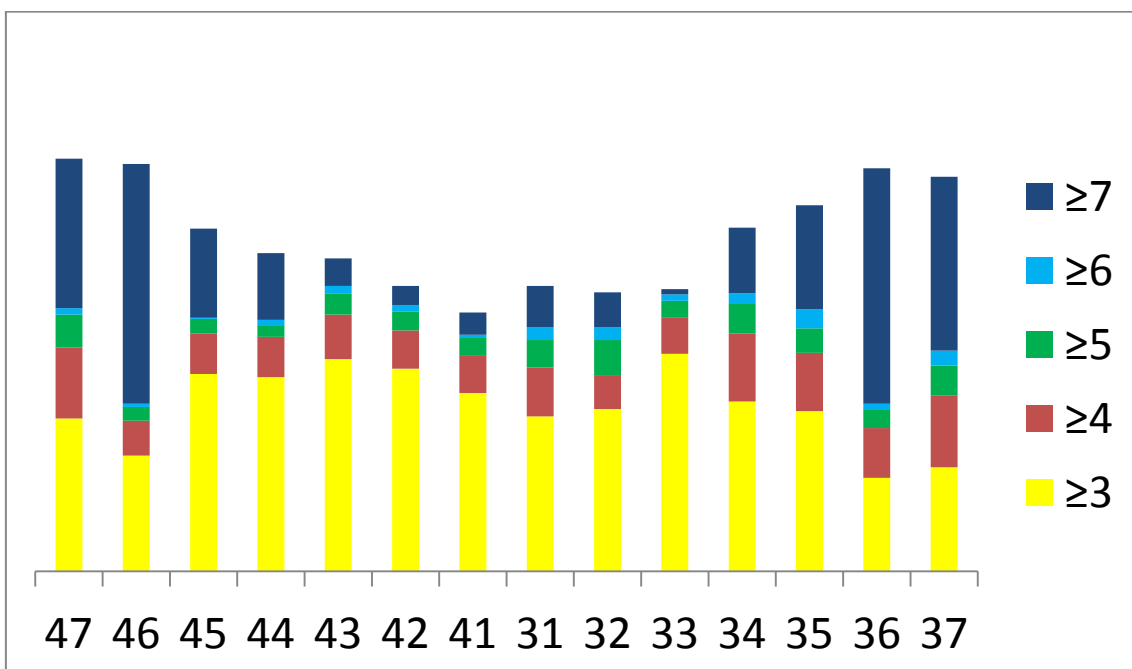


Figura 3- Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica por dente (mm), arcada inferior/ São Sebastião do Passé – Bahia, 2012

Em relação à Tabela 4 pode ser observado o nível de inserção clínica por indivíduo. Destaca-se que 85% tinha pelo menos um sítio com perda de 5 mm ou mais e apenas 7,8% da população estudada apresentava uma condição periodontal mais satisfatória (3 mm de perda de inserção em relação a todos os sítios examinados).

Tabela 4–Distribuição da amostra estudada de acordo com o nível de inserção clínica (mm) por indivíduo/ Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

Variáveis	N	%	SE
≥2	15	3,7	0,084
≥3	32	7,8	0,057
≥4	14	3,4	0,081
≥5	347	85	0,017

Quanto à doença periodontal, 38,8% (n=158) apresentaram gengivite. Já 16,5% da amostra (n=67) tinham a periodontite. Conforme mostrado na tabela 5, para a análise bivariada entre a variável dependente (gengivite) e as variáveis independentes (características demográficas e socioeconômicas) foi utilizado o Teste Qui- quadrado de Pearson e foi verificado que as variáveis escolaridade do chefe da família (OR= 1,50) e escolaridade da família (OR=1,57) apresentaram associação com o desenvolvimento da gengivite. O chefe de família que estudou até 4 anos e a baixa escolaridade da família trazem maiores chances ao indivíduo de desenvolver a gengivite. As demais variáveis (sexo, faixa etária, renda familiar, escolaridade da pessoa, área de residência, situação de trabalho atual e participação em programa social) não apresentaram associação estatisticamente significativa com a gengivite (p>0,05).

Tabela 5 - Relação entre gengivite e características demográficas e socioeconômicas/ Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

	NÃO n(%)	SIM n(%)	OR	IC 95%
Sexo				
Masculino	57,4	42,6	0,79	0,51-1,22
Feminino	62,8	37,2	1,0	-
Faixa Etária				
15-34 anos	63,4	36,6	1,0	-
35 – 44 anos	58,7	41,3	0,54	0,46-1,22
Acima de 45 anos	58,1	41,9	0,86	0,35-1,25
Renda Familiar				
Até 545 reais	64,8	35,2	1,28	0,85-1,94
546 reais ou mais	58,9	41,1	1,0	-
Escolaridade				
Até 8 anos	56,9	43,1	1,46	0,97- 2,18
9 anos ou mais	65,8	34,2	1,0	-
Escolaridade da Família				
Baixa escolaridade	53,8	46,2	1,57	1,02- 2,40
Alta escolaridade	64,7	35,3	1,0	-
Escolaridade do chefe da família				
Até 4 anos	56,2	43,8	1,50	1,00-2,25
Acima de 5 anos	65,9	34,1	1,0	-

Área de

residência				
Urbana	62	38	0,90	0,56-1,43
Rural	59,6	40,4	1,0	-
Situação de trabalho atual				
Sem atividade laboral	55,1	44,9	0,69	0,45-1,06
Com atividade laboral	63,9	36,1	1,0	-
Participa de programa social				
Não	60,1	39,9	1,0	-
Sim	60,4	39,6	1,01	0,67-1,52

A tabela 6 mostra a análise bivariada entre a variável dependente (gingivite) e as variáveis independentes (características dos hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios). Foi verificado que quem fumou/fuma (OR=1,85) apresentou associação com o desenvolvimento da gengivite, tendo 85% mais chance de ter a gengivite. As outras variáveis não apresentaram associação com a presença de gengivite ($p > 0,05$).

Tabela 6- Relação entre gengivite e características dos hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios em relação à gengivite / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

	NÃO n(%)	SIM n(%)	OR	IC 95%
Higiene Bucal				
Supervisionada				
Não	63,4	36,6	1,15	0,50- 2,64
Sim	60	40	1,0	-
Profilaxia				
Não	60,4	39,6	0,93	0,62-1,39
Sim	62	38	1,0	-

Escovação				
Uma vez	71,4	28,6	1,51	0,64-3,53
Duas vezes ou mais	62,3	37,7	1,0	-
Uso do fio dental				
Não utiliza	63,4	36,6	1,24	0,83-1,86
Utiliza	58,1	41,9	1,0	-
CPOD				
Até 10 dentes	60,8	39,2	0,96	0,64-1,44
11 ou mais	61,6	38,4	1,0	-
Tabagismo				
Não/Nunca	63,4	36,6	1,0	1,06-3,21
Fumante ou ex fumante	48,3	51,7	1,85	-
Hábito de beber				
Não bebe	62,1	37,9	1,0	-
Bebe	59,4	40,6	1,11	0,73-1,69
Diabetes				
Não possui	61,2	38,8	1,0	0,43-2,22
Possui	61,5	38,5	0,98	-

De acordo com a tabela 7 que mostra análise bivariada entre a variável dependente (gingivite) e as variáveis independentes (utilização dos serviços segundo tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária e integralidade do cuidado), mesmo não apresentando associação entre elas, aponta-se uma tendência da presença de gengivite com aqueles que não procuraram a atenção secundária (45,5%), que não fizeram tratamento na atenção básica antes de ir para a atenção especializada (54,4%), mesmo tendo conseguido o acesso ao serviço da atenção básica (96,8%). Destaca-se que 66,7% que apontaram não ter

resolvido seu problema de gengiva apresentaram gengivite e que 70,4% não realizaram sequer nenhum procedimento para tratamento da gengivite, verificando que os serviços de saúde bucal não são resolutivos com relação aos problemas periodontais.

Tabela 7 - Relação entre gengivite e utilização dos serviços segundo tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária / Município de São Sebastião, Bahia, 2012.

	NÃO n(%)	SIM n(%)	OR	IC 95%
Procura por dentística especializada				
Não	54,5	45,5	0,70	0,21-2,34
Sim	63,1	36,9	1,0	-
Fez tratamento básico antes de ir ao atendimento especializado				
Não	45,5	54,5	0,45	0,23-0,86
Sim	100	0	1,0	-
Conseguiu atendimento na USF/AB				
Não	11	3,2	0,86	0,21-2,34
Sim	332	96,8	1,0	-
Resolveu o problema de gengiva				

Não	50	50	2,0	0,26-15,38
Sim	33,3	66,7	1,0	-

**Integralidade
do cuidado**

Nenhuma	70,4	29,6	1,25	0,63 – 2,49
Uma ou mais	65,4	34,6	1,0	-

Na tabela 8 observa-se associação entre a segunda variável dependente (periodontite) e as variáveis independentes (características demográficas e socioeconômicas). A presença da periodontite esteve associada ao local de residência (OR= 0,33) e renda maior que R\$565,00 (OR= 0,48). Quem reside em zona urbana e possui uma renda maior que R\$546,00 têm respectivamente 67 e 52% menos chances de desenvolver a periodontite.

Tabela 8- Relação entre periodontite e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

	NÃO (%)	SIM (%)	OR	IC 95%
Sexo				
Masculino	86,1	13,9	1,31	0,72-2,38
Feminino	82,5	17,5	1,0	-
Faixa Etária				
15-34 anos	84,6	15,4	1,0	-
35 – 44 anos	82,7	17,3	0,15	0,69-1,15
Acima de 45 anos	81,9	18,1	0,37	0,53-1,21
Renda Familiar				
Até R\$545 reais	77,4	22,6	1,0	-
R\$546 reais ou mais	87,5	12,5	0,48	0,28-0,82

Escolaridade

Até 8 anos	82,5	17,5	1,17	0,69- 1,99
9 anos ou mais	84,7	15,3	1,0	-
Escolaridade da família				
Alta escolaridade	84,4	15,6	1,0	0,70- 2,11
Baixa escolaridade	81,5	18,5	1,22	-
Escolaridade do chefe				
Acima de 5 anos	83,4	16,6	1,0	0,58-1,67
Até 4 anos	83,5	16,5	0,99	-
Área de residência				
Zona Rural	69,2	30,8	1,0	0,19-0,57
Zona Urbana	87,2	12,8	0,3	-
Situação de trabalho atual				
Sem atividade laboral	86,6	13,4	1,40	0,77-2,55
Com atividade laboral	82,1	17,9	1,0	-
Participa de programa social				
Não participa	84	16	1,14	0,66-1,96
Participa	82,1	17,9	1,0	-

Em relação à tabela 9 sobre a análise bivariada entre a periodontite e características de hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios, não foi observada nenhuma associação. Entretanto, observa-se que houve uma maior percentual de indivíduos com periodontite entre aqueles que não realizaram profilaxia (21,1%), que

diziam escovar os dentes mais de duas vezes por dia (17,0%), usar fio dental (19,0%), ter habito de beber (18,2%) e ser diabético (17,4%).

Tabela 9–Relação entre periodontite e características dos hábitos de higiene bucal e hábitos deletérios / Município de São Sebastião do Passé, Bahia, 2012.

	Periodontite			
	NÃO (%)	SIM (%)	OR	IC 95%
Higiene Bucal				
Supervisionada				
Não	83,3	16,7	0,95	0,31-2,88
Sim	84	16	1,0	-
Profilaxia				
Não realizou	78,9	21,1	0,58	0,33-1,01
Realizou	86,5	13,5	1,0	-
Escovação				
Uma vez	83,9	16,1	1,06	0,39-2,87
Duas vezes ou mais	83	17,0	1,0	-
Uso do fio dental				
Não	84,8	15,2	1,31	0,70-2,45
Sim	81	19,0	1,0	-
CPOD				
Até 10	82,4	17,6	0,84	0,49-1,42
11 ou mais	84,7	15,3	1,0	-
Tabagismo				
Não/Nunca	82,4	17,6	1,0	0,21-1,26

Fumante ou ex fumante	90	10	0,52	-
Hábito de beber				
Não bebe	84,5	15,5	1,0	0,70-2,07
Bebe	81,8	18,2	1,20	-
Diabetes				
Não possui	83,6	16,4	1,0	0,35-3,26
Possui	82,6	17,4	1,07	-

Não houve associação entre a periodontite e as variáveis independentes (procura e utilização dos serviços segundo o tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária). Porém, observa-se que o problema periodontal não consegue ser resolvido tanto na atenção básica como na atenção secundária (Tabela 10). A maioria das pessoas que mesmo tendo conseguido acessar a rede básica e conseguir atendimento antes de ir para o Centro de Especialidade Odontológica, apresentava periodontite.

Tabela 10 - Relação entre periodontite e utilização dos serviços segundo tipo de procedimento realizado na atenção básica e secundária/ Município de São Sebastião, Bahia, 2012.

	Periodontite		OR	IC 95%
	NÃO n(%)	SIM n (%)		
Procura por dentista na atenção especializada				
Não	3	0,8	0,86	0,21-2,34
Sim	395	99,2	1,0	-

Fez

tratamento				
básico antes de ir ao atendimento especializado				
Não	22	5,9	0,76	0,32-2,45
Sim	352	94,1	1,0	-

Conseguiu atendimento na USF/AB				
Não	11	3,2	0,67	0,38-2,55
Sim	332	96,8	1,0	-

Resolveu o problema de gengiva				
Não	83,4	16,6	1,48	0,48-2,44
Sim	88,9	11,1	1,0	-

Integralidade do cuidado				
Nenhuma	77,5	22,5	0,65	0,29-1,48
Uma ou mais	84	16	1,0	-

Os resultados da análise multivariada estão nas tabelas 11 e 12, nas quais mostram as variáveis que ficaram no modelo final de análise. Pode ser observado que quando ajustadas, a partir do modelo teórico explicativo, não houve nenhuma associação com as variáveis dos desfechos estudados (gengivite e periodontite).

Tabela 11 - Análise multivariada segundo presença de gengivite e variáveis independentes, São Sebastião do Passe, 2012.

Variável	OR _B	IC	OR _A	IC
----------	-----------------	----	-----------------	----

Escolaridade

Variável	OR _B	IC	OR _A	IC
do Chefe da Família				
Até 4 anos	1,50	1,00-2,25	0,8	0,45-1,43
Acima de 5 anos	1,0		1,0	
Escolaridade da Família				
Baixa escolaridade	1,57	1,02- 2,40	0,65	0,42-1,00
Alta escolaridade	1,0		1,0	
Tabagismo				
Não/Nunca	1,0	1,06-3,21	1,0	
Fumante ou ex fumante	1,85		1,7	0,97-2,98
Tabela 12 - Análise multivariada segundo presença de periodontite e variáveis independentes, São Sebastião do Passe, 2012.				
Área de residência				
Zona Rural	1,0	0,19-0,57	1,0	
Zona Urbana	0,33		2,63	1,48-4,67
Renda Familiar				
Até 545 reais	0,48	0,28-0,82	1,63	0,93-2,89
546 reais ou mais	1,0		1,0	

7. DISCUSSÃO

Ressalta-se, inicialmente, a relevância deste estudo por ser uma pesquisa de base populacional realizada em domicílios, que coletou dados primários em saúde bucal através de exame clínico em adultos e idosos de um município coberto integralmente pela estratégia de saúde da família.

O estudo mostrou que 38,8% (n=158) dos indivíduos apresentaram gengivite e 16,5% da amostra (n=67) tinham periodontite. Esses percentuais elevados, especialmente em relação a gengivite podem indicar que alguns procedimentos para controle e tratamento da doença periodontal podem estar sendo relegados a segundo plano. Esse fato é demonstrado quando se observa que 80,8% dos indivíduos que compuseram a amostra relataram que não conseguiram resolver o problema gengival, mesmo considerando que a gengivite tem grandes chances de ser controlada, por meio de procedimentos incluídos no rol de atividades da atenção básica. Pessoas que possuem doença periodontal e não a tratam ficam predispostas à infecção, que causa desconforto, sofrimento e mal estar (RODRIGUES et al., 2006). Medidas consideradas simples, como a orientação e a motivação destes indivíduos, representariam melhorias das condições gengivais. Além disso, há a possibilidade de que o exame periodontal não esteja sendo realizado na rotina desses serviços, resultando em planos de tratamento pouco efetivos.

A atenção básica é o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o SUS, é um lugar com potencial gerador de encontros e produção de subjetividades (BRASIL, 2006). Sem dúvida, a atividade assistencial mais realizada nas unidades básicas de saúde é a clínica como espaço de interação entre o Cirurgião Dentista e o usuário na tentativa de experimentar tecnologias de cuidado (compreendendo a anamnese e a terapêutica) para inovação da atenção em saúde bucal na atenção básica, reorientado pela lógica da promoção da saúde. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, a atenção básica deverá dispor de uma rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos (BRASIL, 2006).

A orientação aos usuários quanto à prevenção e controle da doença periodontal deve ser estimulada, uma vez que é notório que o tratamento periodontal convencional é realizado reduzindo a inflamação dos tecidos periodontais, que pode ser feito por procedimentos clínicos de raspagem e alisamento radicular mais

também com as orientações de escovação e uso do fio dental, ou por procedimentos que são combinados e envolvam a cirurgia periodontal reduzindo as bolsas periodontais (TELGI et al., 2013). O não cumprimento dos protocolos e as questões relacionadas como garantia do acesso à atenção básica e secundária, resolução dos problemas periodontais, utilização da sonda milimetrada nos exames periodontais, além do conhecimento do perfil dessa população quanto aos hábitos de higiene, determinantes da doença, de sua natureza multifatorial associada às características individuais e seus fatores de risco comprometem o sucesso do tratamento.

Dessa maneira, a relação entre os profissionais e usuários deve ser modificada. As informações transmitidas quanto à prevenção e tratamento da doença periodontal devem ser horizontais, eliminando o caráter apenas informativo. Os usuários dos serviços são detentores de determinantes psicossociais e culturais do comportamento de saúde, orientados por crenças e valores. São portadores de um saber que embora diverso do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. Logo, é importante reconhecer a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica pautada no que propõe a integralidade transformando os saberes existentes (ALVES, 2005).

De acordo com a análise bivariada desse estudo, a escolaridade do chefe de família e escolaridade da família apresentou associação com o desenvolvimento da gengivite. Em relação à periodontite, embora o local de residência e renda dos indivíduos não tenha permanecido no modelo final, a magnitude de suas medidas, evidenciadas na análise bivariada, mostra uma tendência a que pessoas com maior renda tenham mais chances de conseguir tratamento para periodontite como evidencia os estudos de Derose, Varda em 2009, visto que a condição socioeconômica interfere nas condições de saúde bucal, mediada pelos hábitos e cuidados com a saúde e o uso de serviços odontológicos. Uma melhor condição socioeconômica pode propiciar maior procura pelos serviços odontológicos que pode contribuir para o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de higiene bucal e conseqüentemente, com melhorias nas condições de saúde, com uma menor propensão ao aparecimento de doenças sistêmicas.

O grau de escolaridade é também um fator preditor da auto percepção sobre a saúde bucal, e considerado como um dos parâmetros usados para medir a desigualdade social e cultural e da necessidade de tratamento destes pacientes frente às inflamações gengivais. Quanto maior a escolaridade melhor a percepção

sobre a importância da sua saúde bucal e maior a percepção da necessidade para a realização de tratamento odontológico (CHRYSANTHAKOPOULOS, 2015), pois maior informação pode auxiliar na tomada de decisões sobre o autocuidado, buscando melhorar suas condições de saúde e as suas aplicações no cotidiano (MELO et al., 2009; CÂMARA et al., 2012).

No que tange a associação entre a idade e a doença periodontal, sabe-se que o envelhecimento por si não implica maior suscetibilidade do indivíduo em desenvolver a doença periodontal. Entretanto, os efeitos cumulativos da doença no decorrer da vida podem explicar a maior prevalência da periodontite crônica em pessoas idosas (COSTA et al., 2010) que também podem apresentar problemas de saúde bucal, principalmente com a ausência de unidades dentárias, devido ao caráter mutilador dos atendimentos odontológicos no passado (NAGARAJJAPA et al., 2015; RAMSAY et al., 2015).

Sobre os hábitos de higiene bucal, a doença periodontal pode ser evitada através do controle dos fatores irritantes locais, com o conhecimento e prática de técnicas de higiene bucal adequadas. Assim, a prática da escovação e o uso do fio dental regularmente são importantes para manutenção da saúde bucal, afastando assim os sinais clínicos da gengivite, como aparecimento de cálculo dentário e sangramento gengival. No presente estudo não houve associação entre uso do fio dental e gengivite, entretanto, a sua medida revelou que a sua não utilização apresentou uma tendência ao desenvolvimento do estágio inicial da doença periodontal. Sabe-se que o uso do fio dental, utilizado como um dos métodos mecânicos de higiene oral, ajuda na remoção e prevenção da formação do biofilme dental e como consequência da gengivite, eliminando bactérias patogênicas capazes de recolonizar as superfícies supragengivais e subgengivais. Porém, em muitas situações, mesmo conhecendo o uso dessa tecnologia, não há incorporação do hábito, muitas vezes por não compreenderem a sua importância quando comparado com a escova dental e também por dificuldades financeiras para comprá-lo. O que pode ser percebido é que nesta questão o Cirurgião Dentista possui um papel importante na orientação quanto ao uso do fio dental e na prevenção das doenças bucais (ALVES et al., 2003; AGUIAR, SALIBA, 2004; BORGHI et al., 2005; LEITE et al., 2012, PEREIRA et al., 2014).

Em relação aos hábitos deletérios foi observado que quem fumou ou fuma apresentou maior chance de desenvolvimento da gengivite. Apesar de não ter permanecido no modelo final ajustado, sabe-se que fumantes frequentes apresentam maior quantidade de bolsas e de profundidade de sondagem e formação de cálculo dentário, apresentando também maior prevalência de gengivite ulcerativa necrosante aguda. O fumo acarreta prejuízos à saúde periodontal devido às alterações na resposta do hospedeiro, alterações essas nas funções de neutrófilos, inibição do crescimento, adesão e produção de colágeno pelos fibroblastos, efeitos negativos na produção de citocinas e fatores de crescimento, aumento da prevalência dos potenciais periodontopatógenos, redução crônica no fluxo sanguíneo, vascularidade e uma diminuição da produção de imunoglobulina G (JAMES et al., 2004; RITCHIE, 2007).

Entretanto, é importante salientar que nos anos mais recentes, em virtude das campanhas educativas, medidas regulatórias e restritivas, o tabaco perdeu prestígio e adeptos. Os esforços da política de combate ao fumo no país para redução do seu consumo estão relacionados aos inúmeros com a proibição de propaganda, da promoção e do patrocínio de cigarros (com exceção dos pontos de venda), da vinculação de imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, além da proibição de fumo em ambientes fechados (BRASIL, 2012b; WILSON et al., 2012).

Com relação aos parâmetros clínicos, foi observado no estudo que o nível de inserção clínica (distância que vai da junção cimento esmalte até a posição em que a ponta da sonda encontra resistência) foi maior nos molares, seguidos dos pré molares, obtendo maiores perdas, tanto na arcada superior como na inferior, sendo os incisivos os que apresentaram melhor condição periodontal, possivelmente devido a facilidade da escovação e uso do fio dental nos dentes anteriores quando comparado aos posteriores. Isso também se deve a preocupação maior que ocorre com os dentes anteriores, já que estes são mais visivelmente percebidos, além da questão da estética e boa aparência. Logo, sangramento, presença de cálculo dental e mobilidade nas unidades anteriores despertam nos indivíduos uma maior preocupação levando-os a procurarem os serviços odontológicos. A busca pela autoestima e pela recuperação do elemento dental é uma necessidade, visto que funções como incisão, dilaceração dos alimentos e emissão de alguns fonemas pertencem aos dentes anteriores (DANNEWITZ et al., 2015; BATISTA et al., 2015).

Na periodontite, toda a estrutura de suporte do dente é afetada havendo migração apical do epitélio juncional, perda de inserção e reabsorção óssea. Clinicamente, estágios mais avançados da doença são frequentemente associados a um aumento na mobilidade dentária como também migração dentária (LINDHE, 2005). Destaca-se no estudo que 85% tinha pelo menos um sítio com perda de 5 mm ou mais e apenas 7,8% da população estudada apresentava uma condição periodontal mais satisfatória. Isso pode refletir a grande demanda reprimida que existe na população por tratamento periodontal.

Apesar de o município estudado ter 100% de cobertura de estratégia de saúde da família e Centro de Especialidade Odontológica (CEO), ficou evidente nos resultados que os serviços de saúde bucal não são resolutivos em relação aos problemas periodontais, tanto na atenção básica como na secundária, mostrando-se ineficazes quanto às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde bucal. Ações essas que são garantidas pela Constituição Federal de 1988, através da integralidade do cuidado.

Este princípio surge no Brasil como uma proposta da construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (SÁ, 2003). Mas não parece adequado falar em integralidade se, mesmo que ainda seja integral o atendimento se as políticas sociais e econômicas não fizerem a sua parte nas diferentes abordagens do processo saúde-doença (NARVAI, 2005).

Apesar da incorporação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em 2000 e a criação da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, ainda se observa muitos entraves em relação a saúde bucal. O atendimento integral representa um desses desafios para o sucesso dessa política, e que garante aos usuários o acesso, acolhimento, o atendimento de suas necessidades em saúde e quando ele não acontecesse, como foi verificado nesse estudo, há uma fragmentação e desarticulação das práticas assistenciais e preventivas (CHAVES et al., 2010), sendo que os Cirurgiões Dentistas que atuam nesses serviços continuam repetindo ações sem nenhum impacto positivo na saúde bucal da população. Dessa maneira, os usuários não conseguem visualizar a resolução mais próxima e efetiva dos seus problemas de saúde bucal, sendo desestimulados a continuar e, em muitas situações, optam pela extração da(s) unidade(s) dentária (as) como uma alternativa para resolverem seus problemas.

Estudos mostram que, na atenção secundária os fatores relevantes analisados para a integralidade na assistência à saúde bucal nos CEOs, apontam melhores resultados onde a Estratégia de Saúde da Família é a forma de organização do sistema de saúde municipal, com ênfase em uma rede de serviços estruturada e articulada, capaz de operacionalizar a referência e contra referência de usuários (CHAVES et al., 2010).

Um nó crítico encontrado nesse estudo foi o encaminhamento dos usuários aos serviços da atenção secundária, como os CEOs, através da referência e a manutenção do usuário no sistema por meio da contra referência. Em um estudo desenvolvido por Silva et al. (2011) no qual verificando a integralidade da atenção, foi percebido que o quadro de gengivite havia melhorado, diminuindo o odor bucal e o biofilme visível, porém foi relatado que não havia disponibilidade de vagas no CEO para dar continuidade ao tratamento periodontal. Os resultados descritivos do estudo mostraram que 58,5% (n=238) não souberam responder se tinham sido encaminhados para o CEO com alguma ficha de referência. Isso demonstra que não há registro e informação adequada sobre o usuário e conseqüentemente um acompanhamento incompleto tanto dos cirurgiões dentistas da Unidade básica quanto do Centro de Especialidade e da própria gestão dos serviços. Isso acaba, por muitas vezes, desligando o usuário do sistema, visto que o mesmo não retorna ao serviço de atenção básica. Em uma pesquisa desenvolvida por Chaves et al. (2010), em relação à comunicação entre a atenção primária e secundária, relataram que 73,6% dos usuários afirmaram possuir ficha de referência, ainda que isso não garanta a realização de um dado procedimento na atenção básica, tampouco a análise da qualidade desse encaminhamento.

Modificar a prática odontológica baseada na ineficiência, monopolizadora, altamente custosa, tecnologicamente densa, elitista, iatrogênica e mutiladora para uma prática voltada a integralidade da atenção é um desafio cotidiano. De acordo com Silva et al. (2011), ainda se observa no Sistema Único de Saúde (SUS) que a rotina clínica permanece centrada na queixa, em geral, no tratamento efetuado mecanicamente como linha de produção: o Cirurgião Dentista recebe usuários, em sua maioria jovens, com cavitações e raízes residuais, e os libera com restaurações e suturas. Além do modelo de atenção equivocado, há de se ver a dificuldade em realizar levantamentos epidemiológicos, utilizando essa importante ferramenta para reconhecer as necessidades da população adstrita à sua unidade de saúde e

planejar adequadamente ações que visem a resolutividade dos agravos e sua prevenção. Os dados existentes, resultantes de levantamentos realizados a nível nacional ou municipal, não têm ajudado a conduzir as ações nas unidades de saúde (RODRIGUES et al., 2010).

A cárie e a doença periodontal são consideradas as doenças bucais mais relevantes do ponto de vista da saúde pública em função de sua magnitude e transcendência, com reconhecidos impactos sobre a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (EDELSTEIN, 2006). Alvares et al. (2002) afirmou que o número de dentes perdidos por moléstias periodontais é o mesmo que por cárie, concluindo que há necessidade de desenvolvimento continuado de pesquisa epidemiológica nesse campo. O presente estudo mostrou que mesmo não sendo associado com a doença periodontal, a experiência de cárie apresentou-se elevada tanto para indivíduos com gengivite como para os que apresentaram periodontite levando a perda de dentes permanentes, interferindo de forma negativa na qualidade de vida do indivíduo e alterando as funções estéticas e funcionais, como as funções mastigatórias, deglutição e da fonética (ALVES et al., 2007; LOPES et al., 2011).

Portanto, em face da relevância do problema para a saúde pública e para o município estudado, são necessárias investigações de cunho confirmatório para maiores esclarecimentos das associações encontradas neste estudo.

Apesar disso, este trabalho aponta e recomenda ao prefeito de São Sebastião do Passé a necessidade de incorporação, na rotina da atenção básica e secundária, de protocolo de ações mais efetivas sobre as condições periodontais, requerendo maior atenção e cuidado pelo Cirurgião Dentista com o propósito de obter melhorias significativas na manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos que devem ter acesso garantido às ações e serviços de saúde. Os limites desse estudo são representados pela amostra homogênea, representada pelo capital cultural e escolar dos sujeitos da pesquisa.

8. CONCLUSÃO

A prevalência da Doença Periodontal nos usuários dos serviços odontológicos foi de 38,8% para a gengivite e 16,5% para a periodontite.

Foi observada associação entre tabagismo e prevalência de gengivite. Entretanto, não houve significância estatística na associação entre hábitos de higiene oral e deletérios, como higiene bucal supervisionada, profilaxia, escovação dentária, uso do fio dental, experiência de cárie, hábito de beber e diabetes.

Houve associação entre local de residência, renda e prevalência de a periodontite. As variáveis relacionadas à utilização dos serviços como procura por dentista na atenção básica e especializada e resolutividade do tratamento periodontal não apresentaram associação com a Doença Periodontal.

Apesar de o município estudado ser 100% coberto pela estratégia de saúde da família e centro de especialidade odontológica, ficou demonstrado que os serviços de saúde bucal não são resolutivos em relação aos problemas periodontais, tanto na atenção básica como na secundária com a realização de poucos procedimentos de promoção de saúde, curativos e preventivos, mostrando-se ineficazes e impactando de forma negativa a vida desses usuários.

Referências

AAP – American Academy of Periodontology. **Parameters of care. J Periodontol.** v.71:p.847-883, 2000.

AGUIAR, A.A.A.; SALIBA, N.A. Toothbrushing with vegetable oil: a clinical and laboratorial analysis. **Brazilian Oral Research.** v. 18, n. 2, p.168-173, 2004.

AKPATA, E.S. 1, ADENIYI, A.A.; ENWONWU, C.O.; ADELEKE, O. A. OTOH, E.C. **Gerodontology**, 2014.

ALBANDAR, J.M. Global risk factors and risk indicators for periodontal diseases. **Periodontology 2000.** V. 29, P. 177–206, 2002.

AL-GHUTAIMEL, H.; RIBA, H.; AL-KAHTANI, S.; AL-DUHAIMI, S. Common Periodontal Diseases of Children and Adolescents. **International Journal of Dentistry.** v. 22, p.01-07, 2014.

ALVARES, L.C.; TAVANO, O. **Curso de radiologia em Odontologia.** Ed. Santos, 4 ed., 2002.

ALVEAR, F.S.; Vélez, M.E; BOTERO, L. Factores de riesgo para las enfermedades periodontales. **Rev Fac de Odontol Univ de Antioq**, v.22, n.1, p.109-116, 2010.

ALVES, D.D.M.; SANTOS, A.A.; SANTOS, T.J.; BOMFIM, A.M.A.; CALADO, A.A.. Avaliação da eficácia de uma escova e fita dentais alternativas na higienização bucal em escolares da rede pública. **Odontologia Clínica Científica.** v. 2, n. 3, p. 191-196, 2003.

ALVES. V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ALVES, C.; ANDION, J.; BRANDAO, M.; MENEZES. R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao Diabetes Melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.51, n.7, p.1050-1057, 2007.

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R.V.; VETTORE, M.V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica.** v.35, n.1, p.:67–77, 2014.

AL AGILI, D.E.; PARK, H.K. Oral health status of male adolescent smokeless tobacco users in Saudi Arabia. **Eastern Mediterranean Health Journal.** v.19, n.8, p.711-19, 2013.

AL-TAYAR, B.; MON TIN-OO, M.; SINOR, M.Z.; ALAKHALI, M. S. Prevalence and association of smokeless tobacco use with the development of periodontal pocket

among adult males in Dawan Valley, Yemen: a cross-sectional study. **Tobacco Induced Diseases**. v. 13, n.35, p.1-8, 2015.

ANAND, P.S.; KAMATH, K.P.; SHEKAR, B.R.; ANIL S. Relationship of smoking and smokeless tobacco use to tooth loss in a central Indian population. **Oral Health Prev Dent**. v.10, n.3, p.243-52, 2012.

ANTUNES, J. L. F. et al. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.191-199, 2008.

ARAÚJO, M.G.; SUKEKAVA, F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. **Revista Periodontia**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2007, p. 7-13.

ARMITAGE, G.C. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. **Periodontol 2000**. v. 34, p. 9-21, 2004.

ARMITAGE, G.C.; CULLINAN, M.P.; SEYMOUR, G.J. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis: introduction. **Periodontol 2000**. v. 53, p.7–11, 2010.

AUSTREGÉSILO, S.C.; LEAL, M.C.C.; FIGUEIREDO, N.; GÓES, P.S.A. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n.10, p.:3111-3120, 2015.

BARBOSA, C.C.; MORAIS, P.L.S.; MATTOS, F. F. Conhecimentos e práticas sobre as principais doenças bucais da população adulta que demanda centro de saúde. **HU Revista**, v. 35, n. 4, p. 274-280, 2009.

BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**. V. 3, n. 21, 2003.

BATCHELOR, P. What do we mean by population health? **Community Dent Oral Epidemiology**. v.40, p.12–15, 2012.

BATISTA, M.J.; LAWRENCE, H.P.; de SOUSA, M.L. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 20, n.9, 2015.

BERNABÉ, E.; MARCENES, W. Periodontal disease and quality of life in British adults. **Journal of Clinical Periodontology**. v. 37, p. 968-972, 2010.

BEHERA, S.N.; XIAN, H.; BALASUBRAMANIAN, R. Human health risk associated with exposure to toxic elements in mainstream and sidestream cigarette smoke. **Science of the Total Environment**. v. 472, p. 947–956, 2014.

BERGSTÖM, J. Tobacco smoking and risk for periodontal disease. **Journal of Clinical Periodontology**. v.30, n.2, p. 107-113, 2003.

BOING, A.F. et al Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 673-678, 2005.

BORGHI, W.M.M.C.; MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N. A. Métodos alternativos para higienização bucal e terapêutica odontológica. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 309-314, 2005.

BOTERO, J.E.; ROSING, C.K.; DUQUE, A.; JARAMILLO, A.; CONTRERAS, A. Periodontal disease in children and adolescents of Latin America. **Periodontology** 2000. v.67, p.34-57, 2015.

BOURGEOIS, D.; BOUCHARD, P.; MATTOUT, C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. **J Periodontal Res.** v.42, n. 3, p.219-227, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Departamento da atenção Básica**. Guia prático do programa saúde da família, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: MS; 2006. Série Pactos pela Saúde v. 4, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: Resultados Principais. Brasília, 2011.

BRASIL. Portal da saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva**. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

BRASIL. Portal da Saúde. **Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente**. Acessado em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/13028-brasil-sorridente-ultrapassa-a-marca-de-1-000-centros-odontologicos>. 25/05/2015.

CALSINA, G.; RAMÓN, J.M.; ECHEVERRÍA, J.J. Effects of smoking on periodontal tissues. **J. Clin. Periodontol.** v.29, n 8, p. 771-776, 2002.

CÂMARA, A.M.C.S;MELO, V.L.C.; GOMES, M.G.P.; PENA, B.C.P.; SILVA, A.P.et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V.36, n.1, supl.1, 2012.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**.

COSTA, J.S.D.; SILVEIRA, M.F.; GAZALLEA, F.K.; OLIVEIRA, S.S.; HALLALA, P.C. Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**. v. 38, n.2, 2004.

COSTA, A.M.; GUIMARÃES, M.C.; de SOUZA, E.R.; NÓBREGA, O.T.; BEZERRA, A.C. Interleukin-6 (G-174C) and tumour necrosis factor-alpha (G-308A) gene polymorphisms in geriatric patients with chronic periodontitis. **Gerodontology**. v. 27, n.1., p.70-75, 2010.

CURY, P.R.; FIGUEIREDO, A.; SOARES, S.; LOPES, H.C, DOS SANTOS, J.N. et al. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. **Journal of Clinical Periodontology**. v. 40, p.1001-1006, 2013.

CHAMBRONE, L.; LIMA, L.A.P.A.; CHAMBRONE, L.A. Prevalência das doenças periodontais no Brasil. Parte II. 1993-2003. **Revista Odonto** • Ano 16, n. 31, jan./jun. 2008.

CHAVES, S.C.L.; BARRROS, S.G.; CRUZ, D.N., FIGUEIREDO, A.C.L.; MOURALL, B.L.A. et al. Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 6, 2010.

CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N.; BARROS, S.G.; FIGUEIREDO, A.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 27, p.143-154, 2011.

CHRYSANTHAKOPOULOS, N.A. Risk factors for the progression of periodontal disease in a Greek adult population. **Journal of Investigative and Clinical Dentistry**. p.1-7, 2015.

DANNEWITZ; B.; ZEIDLER, A.; HÜSING, J.; SAURE, D.; PFEFFERLE, T. Loss of molars in periodontally treated patients: results ten years and more after active periodontal therapy. **Journal of Clinical Periodontology**. 2015.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote equity in health**. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1992. 62p.

DEMMER, R.T.; PAPAPANOU, P.N. Epidemiologic patterns of chronic and aggressive periodontitis. **Periodontol 2000**. v. 53, n.1, p.28-44, 2010.

DEROSE, K.P; VARDA, D.M. Social Capital and Health Care Access A Systematic Review. **Medical Care Research and Review**. v. 66, n.3, p.272-306, 2009.

DINELLI, W.; CORONA, S.A.M.; DINELLI, T.C.; GARCIA, P.P.N.S. Desenvolvimento, aplicação e avaliação de um programa de orientação sobre higiene bucal junto a pré-escolares. **Stoma**. v.13, n. 57, p.: 27-30, 2000.

DIOUF, M.; BASSE, A; NDIAYE, M.; Cisse, D.; LO, C.M. et al. Stroke and periodontal disease in Senegal: case-econtrol study. **Public Health**. v.30, p.1-5, 2015.

EDELSTEIN, B.L. The dental caries pandemic and disparities problem. **BMC Oral Health**. v.6, n.1, 2006.

EGRY, E.Y.; GARCIA, T.R. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: **Artmed**. 2010

EKE, P.I.; DYE, B.A.; WEI, L.; THORNTON-EVANS, G.O.; GENCO, R.J. A prevalência de periodontite nos adultos nos Estados Unidos: 2009 e 2010. **J Dent Res**, v. 91, n. 10, p. 914-920, 2012.

FERREIRA, A.C.R.; QUEIROZ, A.P.G.; PAMPONET, G.P.; COSTA, C.R.; BELIZÁRIO, I.C. et al. **Braz J Periodontol**. v. 23, n. 3, p. 15-23, 2013 RETIRAR!

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S.A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas. em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n.2, p. 259-267, 2009.

FRITZELL, J.; CELESTE, R.K.; NADANOVSKY, P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. **Caderno de Saúde Pública**. v.27, n.6, 2011.

GENCO, R. J. Current view of risk factors for periodontal diseases. **J Periodontol**, v. 67, n. 9, p. 1041-1049, 1996.

GENCO, R.J.; GROSSI, S.G.; HO, A.; NISHIMURA, F.; MURAYAMA, Y. A Proposed Model Linking Inflammation to Obesity, Diabetes, and Periodontal Infections. **Journal of Periodontology**. v.76, n.11, p. 2075-2084, 2005.

GENCO, R.J.; GENCO, F.D. Common risk factors in the management of periodontal and associated systemic diseases: the dental setting and interprofessional collaboration. **Journal of Evidence-Based Dental Practice Special**. v.14, p.04-16, 2014.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SOUZA-JUNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v.12, n.3, P.281-296, 2009.

GOMES FILHO, I.S; MACEDO, T.C.N; CRUZ, SS; SOLEDADE, K.R; TRINDADE, S.C; SARMENTO, V.A. Comparação de critérios que determinam o diagnóstico clínico da Doença Periodontal. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 21, n. 51, jan./mar. 2006.

GOMES-FILHO IS. Critérios para o Diagnóstico Clínico da Doença Periodontal. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada e Saúde Bucal Coletiva**. v.9, n. 49, p:88-89, 2005.

GOMES-FILHO, I.S.; SOLEDADE-MARQUES, K.R.; CRUZ, S.S.; PASSOS-SOARES, J.S; TRINDADE, S.C. et al. Does Periodontal Infection Have an Effect on Severe Asthma in Adults? **J Periodontol**. v.85, n.6, p.179-87, 2014.

HIGHFIELD, J. Diagnosis and classification of periodontal disease. **Australian Dental Journal**. v. 54,n.54, p.11-26,2009.

HOPCRAFT, M.S.; MORGAN, M.V.; SATUR, J.G.; WRIGHT, F.A.; DARBY, I.B. Oral hygiene and periodontal disease in Victorian nursing homes. **Gerodontology**. v.29, n.2, p.220-28, 2010.

INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro 2014**. Acessado em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292950&search=bahia>.

JACCOTTET, C.M.G.; BARROS, A.J.D; CAMARGO, M.B.J.; CASCAES, A.M. Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 21, n. 2, jun. 2012.

JAMES, W.P.T.; RIGBY, N.; LEACH R. The obesity epidemic, metabolic syndrome and future strategies. **The European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**. v.11, p.3-8, 2004.

JAVED, F.; AHMED, H.B.; ROMANOS, G.E. Association between environmental tobacco smoke and periodontal disease: A systematic review. **Environmental Research**. v. 133, p. 117-122, 2014.

JOHNSON G.K.; HILL, M. Cigarette smoking and the periodontal patient. **Journal Periodontology**. v.75, p.196–209, 2004.

UMEIZUDIKE, K.A.; AYANBADEJO, P.O.; SAVAGE, K.O.; AKANMU, A.S.; NWHATOR, S.O. et al. Prevalence and Determinants of Chronic periodontitis in HIV positive patients in Nigeria. **Asian Pacific Journal of Tropical Disease**. v.4, n.4, p. 306-312, 2014.

KINANE, D.F., CHESTNUTT, I.G. Smoking and periodontal disease. **Rev. Oral Biol. Med**. v.11, n. 3, p. 356-365, 2000.

LAGES, E.J.P.; COSTA, F.O.; LAGES, E.M.B. COTA, L.O.M; CORTELLI, S.C. et al. Risk variables in the association between frequency of alcohol consumption and periodontitis. **Journal of Clinical Periodontology**. v. 39, n. 2, p. 115-122, 2012.

LEITE, A.F.BONINI, G.; IMPARATO, J.C.; RAGGIO, D.; MENEZES, V. et al. Avaliação da eficácia da escova ecológica e do Juá no controle de biofilme dentário em crianças. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**. v. 12, n. 3, p. 337-343, 2012.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. 3 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.178-192, 1999.

LINDHE J. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dent Oral Epidemiol**. V. 28, n.3, p.161-169, 2000.

LOPES MWF; GUSMÃO ES; ALVES RV; CIMÕES R. Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v. 59, jan./jun., p. 39-44, 2011.

LÓPEZ NJ, DA SILVA I, IPINZA J, GUITÉRREZ J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. **J Periodontol**. v.76(11 Suppl), p. 2144-2153, 2005.

MACÊDO, T.C.N. et al. Factors related to periodontal disease in a rural population. **Braz Oral Res**, v. 20, n. 3, p. 257-262, 2006.

MACHION, L. et al. A influência do sexo e da idade na prevalência de bolsas periodontais. **Pesq Odont Bras**, v. 14, n. 1, p.33-37, 2000.

MEALEY, B.L.; ROSE, L.F. Diabetes mellitus and inflammatory periodontal diseases. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**. v. 29, n.7, p.402-408, 2008.

MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L.; MAURICIO, H.A.; SILVA, I.D. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, (supl.1), 2009.

MIZUTANI, S.; EKUNI, D.; TOMOFUJI, T.; YAMANE, M.; AZUMA, T. Gingival condition and toothbrushing behavior after alcohol consumption. **Journal of Periodontal Research**. V.50, p. 494-499, 2015.

NAGARAJAPPA, R.; BATRA, M.; SANADHYA,S.; DARYANI, H.; RAMESH, G. Relationship between oral clinical conditions and daily performances among young adults in India – A cross sectional study. **Journal of Epidemiology and Global Health**. 2015.

NARVAI, P. C. **Integralidade na atenção básica à saúde**. Novos rumos da saúde bucal: Os caminhos da integralidade. Rio de Janeiro: p.28-42, 2005.

NUNN, M.E. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. **Periodontol**. 2000. v.31,p.11-23, 2003.

NGUYEN, T.C.; WITTER, D.J.; BRONKHORST, E.M.; GERRITSEN, A.E.; CREUGERS, N.H. Chewing ability and dental functional status. **The International Journal Prosthodontics**. v. 24, n. 5, p. 428-36, 2011.

OGAWA, H. Risk factors for periodontal disease progression among elderly people. **J. Clin. Periodontol.**, v. 29, n. 1, p. 592-597, 2002.

ÖBERG, M.; JAAKKOLA, M.S.; WOODWARD, A.; PERUGA, A.; PRÜSS-USTÜN, A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **The Lancet**. V. 377, p.139-46, 2011.

PAGE, R.C.; EKE, P.I. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. **J Periodontol** v.78, p.1387-99, 2007.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: ROUQUAYROL. M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI. p.567-86, 2003.

PALMER, R.M.; WILSON, R.F.; HASAN, A.S.; SCOTT, D.A. Mechanisms of action of environmental factors – tobacco smoking. **Journal Clinical Periodontology**. v.32, p.180-95, 2005.

PATARO, A.L.; COSTA, F.O.; CORTELLI, S.C.; CORTELLI, J.R.; ABREU, M.H.N.G. et al. Association between severity of body mass index and periodontal condition in women. **Clinical Oral Investigations**. v. 16, p. 727-34, 2012.

PEREIRA, L.C.G.; OROSCO, F.A.; BORGES, A.S.; PAULA, B.C.; FAQUIM, G.M.P. et al. Conhecimentos e opiniões de uma população em relação aos métodos alternativos de higiene bucal em atividades de extensão. **Revista Ciência em Extensão**. v.10, n.2, p.36-46, 2014.

PINTO, F.M.; GUSMÃO, E.S.; SOUZA, E.H.A.; SILVEIRA, R.C.J. Sondagem clínica do sulco gengival. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v.54, n.1, p. 39-42, 2006.

PION, F. L. B. et al. Condição periodontal de um subgrupo populacional do município de Guarulhos, SP. **Rev Bras Epidemiol**, v. 9, n. 3, p. 335-45, 2006.

PITIPHAT, W. MERCHANT, A.T. RIMM, E.B.; JOSHIPURA, K.J. Alcohol Consumption Increases Periodontitis Risk. **J Dent Res**. v.82, n.7, p.509-13, 2003.

PRADO, R.L.; SALIBA, N.A.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodontal approach: analyses of national data. **Braz Oral Res** [online]. v. 29, n.1, p.1-9, 2015.

RAGGHIANI, M. S. et al. Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. **Journal of Applied Oral Science, Bauru**. v. 12, n. 4, p. 273-279, 2004.

RAMOS, Q.Lima.; ALVES, C.M.C.; PEREIRA, A.L.A.; LOPES, F.F.; PEREIRA, A.F.V. Avaliação clínica da condição periodontal em fumantes e não fumantes: Estudo corte transversal. **Revista de Ciências da Saúde** v. 13, n. 2, 2011.

RAMSEIER, C.A.; SUVAN, J.E.; Behaviour change counselling for tobacco use cessation and promotion of healthy lifestyles: a systematic review. **J Clin Periodontol.** v.42, n. 16, 2015.

REIS, A.R.; PEREIRA, A.L.A.; LOPES, F.F.; ALVES, C.M.C.; PEREIRA, A.F.V. Influência do tempo de cessação do hábito de fumar na condição periodontal. **J Health Sci Inst.** v. 30, n. 1, p. 31-36, 2012.

RITCHIE, C.S. Obesity and periodontal disease. **Periodontology 2000.** v.44, p.154-63, 2007.

RODRIGUES, E.B. Esquema de auxílio ao diagnóstico de reabsorção óssea periodontal através da subtração digital de radiografias odontológicas. 2006. 136p. **Dissertação** – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RODRIGUES, A.A.A.O.; ASSIS, M.M.A.; NASCIMENTO, M.A.A.; FONSECA, G.S. Saúde buccal na Estratégia de Saúde da Família em um Município do Semiárido Baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.35, n.3, 695-709, 2010.

RODRIGUES, T.Q.; SILVA, R. V. C.; RIBEIRO, F.S.; PONTES, A.E. F. **Braz J Periodontol.** v. 24, n.2, p.19-23, 2014.

RYAN, M.E. Nonsurgical approaches for the treatment of periodontal diseases. **Dent. Clinics North Am.** v. 49, p. 611-636, 2005.

SÁ, P.K. Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói – RJ. **Dissertação.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003

SABBAH, W.; SHEIHAM, A. BERNABÉ, E. Income inequality and periodontal diseases in rich countries: an ecological cross-sectional study. **Int Dent J.** v. 60, n.5, p.370-4, 2010.

SILVA, D.I.; CHIESA, A.M.; VERRISSIMO, M.L.O.R.; MAZZA, V.A. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.47, n.6, 2013.

SILVA, K. L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, R.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clinica na atencao basica. narrativas, historias de vida e realidade social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** V.16, n.11, p.4337-48, 2011.

SIQUEIRA, J.C.; COUTO, G.B.L.; GUSMÃO, E.S. Escovação no controle de placa: avaliação do ensino e motivação em escolares. **Revista Gaúcha de Odontologia.** v.49, p.127-32, 2001.

SOARES, F.F.; CHAVES, S.C.L.; CANGUSSU, M.C.T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, n.3, p. 586-596, mar, 2015.

SOUSA, J.N.L.; NÓBREGA, D.R.M.; ARAKI, A.T. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. **Revista de Odontologia da UNESP**. v. 43, n.4, p.265-72, 2014.

SUSIN, C. 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, 2004.

STAMATOVA, I. E MEURMAN, J. H. Probiotics: health benefits in the mouth. **Am J Dent**. v. 22, p. 329-338, 2009.

SCHUCH, H.S.; PERES, K.G.; PERES, DO, L.G.; PERES, M.A. Can socioeconomic trajectories during the life influence periodontal disease occurrence in adulthood? Hypotheses from a life-course perspective. **Medical Hypotheses**. v. 84, p. 596–600, 2015.

TANNER, T.; PAKKILA, J.; KARJALAINEN, K.; KAMPPI, A.; JÄRVELIN, M.R. et al. Smoking, alcohol use, socioeconomic background and oral health among young Finnish adult. **Community Dent Oral Epidemiol**. 2015.

TAHIM, C.M.; BARBOSA, C.S.; MOTA, O.M.L.; PEREIRA, S.L.S.; LIMA, D.L.F. et. al. Avaliação da padronização de sondas Periodontais tipo Williams. **Revista de Periodontia**. v. 17, n. 3, p. 86-89, 2007.

TELGI, R.L.; TANDON, V.; TANGADE, P.S.; TIRTH, A.; KUMAR, S. et al. Efficacy of nonsurgical periodontal therapy on glycaemic control in type II diabetic patients: a randomized controlled clinical trial. **Journal of Periodontal JPIS & Implant Science**. v.43, p.177-82, 2013.

TEZAL, M.; URIBE, S. A lack of consensus in the measurement methods for and definition of periodontitis. **Journal of the American Dental Association**. v. 142, n. 6, p.666-77, 2011.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.89-111, 2003.

UENO, M.; OHARA, S.SAWADA, N.; INOUE, M. TSUGANE, S. et al. The association of active and secondhand smoking with oral health in adults: Japan public health center-based study. **Tobacco Induced Diseases**. v.13, n.19, p.1-9, 2015.

VETTORE, M.V.; MARQUES, R.A.A.; PERES, M.A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. **Rev Saúde Pública**. v.47, n.3, p.29-39, 2013.

WALTER, C.; KAYE, E.K.; DIETRICH, T. Active and passive smoking: Assessment issues in periodontal research. **Periodontology 2000**. v. 58, p. 84-92, 2012.

WILSON, N. VAN DER DEEN, F.S.; PEARSON, A.L.; COBIAC, L.; BLAKELY, T. Expert ranking of tobacco control interventions for health economic modelling research in New Zealand. **The New Zealand Medical Journal**. v.25, n.126, p.93-96, 2012.

XAVIER, A.C.V.; SILVA, I.N.; COSTA, F.O.; CORRÊA, D.S. Condição periodontal de crianças e adolescentes com diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**. V. 53, n.3, p.348-354, 2009.

YANAGISAWA, T.; UENO, M.; SHINADA, K.; OHARA, S.; WRIGHT, F.A. et al. Relationship of smoking and smoking cessation with oral health status in Japanese men. *Journal of Periodontal Research*. V. 45, p.277-283, 2009.

ZHU, L.; CHINA, B.; PETERSEN, P.E.; SWITZERLAND, G.; WANG, H.Y.; et al. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. *International Dental Journal*. v.55, p. 231-241, 2005.

ANEXOS

ANEXO I- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto de Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
Cep: 40.110-040- Salvador - BA

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Informado dos usuários

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **"A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas", desenvolvida pela Faculdade de Odontologia que está** pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o acesso e uso dos serviços de saúde bucal do município e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) estiver de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo, inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA. Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto através do telefone (71)3495-6210.

Sônia Cristina Lima Chaves

Coordenadora

Pesquisador

Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas"** e aceito dela participar.

_____, ____/____/2011.

Sujeito da Pesquisa

ANEXO II- Ficha 01: Dados demográficos e socioeconômicos



Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia

Ficha 1 - Avaliação de acesso à atenção à saúde bucal

I. DADOS GERAIS

MUNICÍPIO []	SETOR []	DOMICÍLIO []	Nº FICHA []	ACS: _____	Data: ____/____/____
<small>(1.Catu; 2.São Sebastião do Passé)</small>					
Endereço do domicílio [_____]					
Telefones disponíveis []		[]		Informante no domicílio [_____]	

Identifique aqui o nome dos indivíduos moradores desse domicílio:

MORADOR	NOME	MORADOR	NOME
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

II. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Moradores do domicílio	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade (em anos)								
2. Sexo [0=Masc 1=Fem]								
3. Etnia [Amarelo=1 Branco=2 Negro=3 Pardo=4 Indígena=5 Sem registro=9]								
4. Escolaridade (anos de estudo) <small>¹ [Não frequentou a escola= 0 anos Ensino fundamental incompleto=até 4 anos Ensino fundamental completo= 4 anos Ensino básico incompleto=entre 5 e 8 anos Ensino básico completo= 8 anos Ensino médio incompleto=entre 9 e 11 anos Ensino médio completo=11 anos Superior incompleto/completo=12 anos ou mais]</small>								
5. Qual a sua situação de trabalho atual <small>[0=desempregado 1= trabalhando 2= afastado por doença comum 3= afastado por doença ou acidente do trabalho 4= aposentado por tempo de serviço; 5=estudante 6=dona de casa 7=outro; 9=sem informação].</small>								

III. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL (sempre tomar como referência o último ano)

Perguntas	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Necessita ou necessitou de tratamento dentário no último ano? (0=Não; 1=Sim)								
7. Procurou o dentista? <small>[0=Não 1=Sim, do Posto e obteve atendimento 2=Sim, do Posto, mas não conseguiu atendimento 3=Sim particular e obteve atendimento 4=Sim, particular, mas não obteve atendimento 5=Sim, convênio e obteve atendimento 6=Sim, convênio, mas não obteve atendimento. 7=Sim, no CEO e obteve atendimento 8=No CEO, mas não obteve atendimento 9=Sem informação/não se aplica]</small>								
8. Caso tenha feito tratamento no CEO, como você fez para marcar sua consulta? <small>[0=foi até lá sozinho sem encaminhamento, 1=foi encaminhado da USF e marcou via central, 2=foi encaminhado da USF e marcou pessoalmente no CEO, 3=alguma amigo ou conhecido marcou 9=não se aplica]</small>								
9. Qual tipo de tratamento fez no atendimento básico [pode marcar mais de um]? <small>[1=Higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4=tratamento de gengiva, 5=restauração simples, 6=Extração(s), 7=Não se aplica, 8=Outro]</small>								
10. Qual tipo de tratamento fez no atendimento especializado (CEO ou particular) [pode marcar mais de um]? <small>[1=higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4= tratamento de gengiva, 5=Tratamento de canal, 6=Extração, 7=biópsia 8=Raios X, 9=sem informação/não sei, 10=Prótese, 11=Restauração simples 12=Não se aplica]</small>								
11. Para quanto tempo foi agendada a consulta especializada (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) (em dias)? 9=não se aplica								
12. Se houve mais de uma consulta, quanto tempo em média decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno? (em dias) 9=não se aplica								
13. Participou de alguma atividade educativa sobre saúde bucal desenvolvida pelo serviço público de saúde? (0=sim, na USF; 1= sim, no CEO, 2=sim, nos dois e 3=não, 9=não se aplica).								


Nº de pessoas no domicílio [] Nº de cômodos [] Anos de estudo do chefe da família¹ []

Nº de bens* [] Renda familiar (R\$) [_____, _____]*TV, geladeira, maquina de lavar roupa e microcomputador.

Beneficiário por programa social? 0=Não 1=Sim Qual? ()Bolsa Família ()Vale Gás ()Outros _____

ANEXO III- Ficha 02: Condição de vida, hábitos, acesso/utilização dos serviços odontológicos

Número do ficha/indivíduo: ____/____/____


Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
Ficha 2 – avaliação individual dos hábitos e condição de saúde bucal

I-Identificação (A SER PREENCHIDO COM OS DADOS DO APÊNDICE 1)

1. Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo: [] 0=Masculino 1=Feminino Idade: [] (em anos)

3. Grupo Étnico: [] Amarelo=1 Branco=2 Negro=3 Pardo=4 Indígena=5 Sem registro=9

4. Anos de estudo: []

5. Qual a sua situação de trabalho atual? []

0=desempregado 1= trabalhando 2= afastado por doença comum
 3= afastado por doença ou acidente do trabalho 4= aposentado por tempo de serviço; 5=estudante 6=dona de casa 7=outro. Qual?

6. Se Trabalhando, em quê? _____

II - Condição de vida, hábitos e acesso/utilização de serviços odontológicos

Hábitos de vida

7. Tabagista [] 2] 0.Não/nunca 1.Sim 2. Ex-Fumante.

8. Se sim, há quanto tempo é fumante? [-] (anos) [Se ex-fumante, registrar quantos anos fumou]

9. Tipo de fumo [] 1] 1.Cigarro 2.cigarro palha 3.charuto, cachimbo e outros. Média de unidade/dia []

10. Se ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar? [10] (anos)

11. Quanto ao hábito de beber, o(a) sr.(a)? [] 0=nunca bebeu 1=bebe diariamente 2=bebe de duas a três vezes na semana 3=Quinzenalmente 4=Mensalmente

12. Se sim, qual bebida costuma beber? []

13. Que quantidade costuma (costumava) beber semanalmente [apenas para casos de ingestão de bebidas diários ou semanais]? [] (número de doses em copos) [Perguntar por cachaça, cerveja, vinho, whisky, vodca e rum]

Condição sistêmica

14. Diabetes? [] 0=não 1=sim

15. Se sim, há quanto tempo (em anos)? [---]

16. Se sim, controlado com medicação? [] 0= não 1= sim

17. Há diabéticos na família (pai, mãe ou irmão)? [] 1= sim 0= não

18. Usou antibióticos **nos últimos três meses**? [] 0= não 1= sim

Se sim. Quantos dias []

Atenção odontológica

19. Conseguiu atendimento no dentista especializado? [] 0.Não 1.Sim

20. Caso tenha feito tratamento especializado, qual foi o tratamento recebido? (não excludentes)

[X] 1.Higiene Bucal Supervisionada [] 2. Aplicação de flúor [X] 3.limpeza dos dentes [X] 4.tratamento de gengiva [] 5.Tratamento de canal [X] 6.Extração(s) [] 7.biópsia [] 8.Raios X [] 9.sem informação/não sei [] 10.Prótese [] 11.Outro Qual? _____ [] 12.Não se aplica [] 13.Restauração simples

21. O(a) senhor(a) fez tratamento básico antes de ir ao atendimento especializado?

[] 0.Não 1.Sim, público (USF/AB) 2.Sim, particular 3.Sim, convênio 4.Sim, Pronto socorro ou hospital

22. Se sim, que tipo entre os listados abaixo (não excludentes).

[] 1.Higiene Bucal Supervisionada [] 2. Aplicação de flúor [] 3.limpeza dos dentes [] 4.tratamento de gengiva [] 5.restauração simples [] 6.Extração(s) [] 7.Não se aplica [] 8.Outro Qual? _____

23. Tempo decorrido em meses desde a última visita ao dentista especializado (contar de 2004 aos dias atuais)? []

24. Se foi ao CEO, foi encaminhado(a) com alguma ficha de referência? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

25. Você levou alguma ficha da USF para o CEO? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

26. Você levou alguma ficha de volta para USF? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

27. Caso tenha realizado canal no CEO, resolveu o problema []

0=Não, está em tratamento 1=Não, só fechou o dente (só fez o canal) 2= Não, fez o canal, mas depois extraiu o dente 3=Sim, restauração/obturação do dente no CEO, 4=Sim, restauração/obturação na USF, 5=Sim, no dentista particular ou convênio, 6=Sim, prótese ou coroa no dentista particular ou convênio, 7=Sim, prótese ou restauração no CEO, 8=Não se aplica

28. Caso realize ou tenha realizado tratamento de gengiva. Resolveu o problema []

0=Não, está em tratamento, 1=Não, abandonou, 2= tratamento concluído, mas não resolveu o problema 3=Sim, tratamento concluído, mas não faz manutenção 4= Sim, tratamento já concluído e faz manutenção]

Higiene Bucal

29. Escova os dentes? [] ao acordar [] depois do café [] depois almoço [] depois jantar [] ao dormir

30. Qual o tipo de escova que utiliza? [] 1.macia 2.média 3.dura 4.não sabe ou não lembra 9.Sem resposta

31. Quais desses outros instrumentos o(a) senhor(a) utiliza para limpar os dentes? (não excludentes)

[] fio/fita dental [] palito [] escova interdental [] escova bitufo [] bochecho [] Outro _____

32. Se usa fio dental, qual frequência? [] 1=eventualmente 2= ao menos uma vez no dia 3=Mais de uma vez ao dia

ANEXO IV- Ficha exame Bucal e Periodontal

Número domicílio/individuo: _____ / ____ 1

III. Exame bucal

1) Uso de Prótese
Superior [] Inferior []

2) Necessidade de Prótese
Superior [] Inferior []

Uso de Prótese
Não usa=0, Usa prótese unitária=1, uma ponte fixa=2, Usa mais do que uma ponte fixa=3, Usa prótese parcial removível=4, Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis=5, Usa prótese dentária total=4, Sem informação=9

Necessidade de Prótese
Não necessita=0, Necessita prótese unitária=1, uma prótese fixa ou removível para a substituição de um elemento=2, Necessita uma prótese fixa ou removível para a substituição de mais de um elemento=3, Necessita uma combinação de próteses fixas e/ou removíveis para a substituição de um e/ou mais de um elemento=4, Necessita de prótese total=5, Sem informação=9

Condição	código
Hígido	0
Cariado	1
Resto Radicular com canal infiltrado	2
Restaurado mas com cárie	3
Restaurado com provisório	4
Restaurado e sem cárie	5
Coroa sem cárie	6
Coroa com cárie ou infiltração	7
Perdido devido à cárie	8
Perdido por outras razões	10
Apoio de ponte ou coroa	11
Sem informação	9

3) Condição Dental

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Endo*														
Coroa														

*-Ausência da condição, 1=presença da condição, Dente ausente=X

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Endo														
Coroa														

4) Condição Periodontal *0=Ausência, 1=presença, Dente ausente=X, Sem informação=-

Vestibular	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Palatino	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Vestibular	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Lingual	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

Periodonto sadio=0 Sextante excluído=X
Sangramento=1 Sextante não examinado=9
Cálculo=2
Bolsa de 4 a 5 mm=3
Bolsa de 6 mm ou mais=4

Número de sítios com profundidade de sondagem (BP) com 4mm e com sangramento? []
Tem gengivite? [] 0. Não 1. Sim
Extensão gengivite? [] **localizada (<30%)** [] **generalizada (>30%)**
Severidade da Periodontite? [] (Leve, moderada, severa)
Extensão da Periodontite [] **localizada (<30%)** [] **generalizada (>30%)**

ANEXO V- Parecer do Comitê de Ética

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 043 / CEP-ISC

Registro CEP: 045 -10/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas."


Pesquisador Responsável: Sônia Cristina Lima Chaves

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 26 de outubro de 2010, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 27 de outubro de 2010.


Maria da Conceição Nascimento Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia