

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CURSO DE ODONTOLOGIA

MARIÉLE DARROS KUNKEL

RELAÇÃO ENTRE HIGIENE BUCAL E GENGIVITE DE UMA POPULAÇÃO EM  
SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA

Porto Alegre

2015

MARIÉLE DARROS KUNKEL

RELAÇÃO ENTRE HIGIENE BUCAL E GENGIVITE DE UMA POPULAÇÃO EM  
SITUAÇÃO DE EXTREMA POBREZA

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul, como requisito parcial para  
obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Cançado  
Figueiredo

Porto Alegre

2015

### CIP - Catalogação na Publicação

Kunkel, Mariéle Darros

Relação entre higiene bucal e gengivite de uma população em situação de extrema pobreza / Mariéle Darros Kunkel. -- 2015.

39 f.

Orientadora: Márcia Cançado Figueiredo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Gengivite. 2. Higiene bucal. 3. População de baixa renda. I. Figueiredo, Márcia Cançado, orient. II. Título.

Aos meus pais, Afonso e Idelma, que me deram, além da vida, as condições e os princípios que me conduziram até aqui.

Ao meu irmão, Alessandro, pela amizade e carinho.

Aos meus padrinhos, Jorge e Cleci, pelo apoio e conselhos dados em toda a graduação.

Aos meus tios, Romeo e Maria, pelo incentivo.

Ao meu namorado, Renan, pelo incentivo, paciência e compreensão.

## AGRADECIMENTOS

À Professora e Cirurgiã-Dentista Márcia Cançado Figueiredo, pelo conhecimento transmitido, pela oportunidade de aprendizado, paciência, compreensão e disponibilidade. Meus sinceros agradecimentos.

À colega de graduação Fernanda Pasqueti Marques, por ter disponibilizado seu final de semana para escutar e esclarecer minhas dúvidas quanto ao programa Excel.

À Comunidade da Vila Augusta Meneguine, pelo interesse e colaboração.

Aos queridos colegas da equipe da extensão, que participaram dos “Mutirões de Saúde” na Vila, de onde vieram os dados do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela formação na graduação.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que fornecia transporte até a comunidade onde era realizada a pesquisa.

À Biblioteca da Faculdade de Odontologia, especialmente à bibliotecária Ida, pelo apoio na edição do TCC.

Aos professores da minha banca avaliadora, que reservaram um tempo para ler meu trabalho.

Aos demais colegas, amigos e professores que fizeram parte desta trajetória.

## **A vitória da vida**

Pobre de ti se pensas ser vencido!

Tua derrota é caso decidido.

Queres vencer, mas como em ti não crês,

Tua descrença esmaga-te de vez.

Se imaginas perder, perdido estás

Quem não confia em si, marcha para trás;

A força que te impele para frente

É a decisão firmada em tua mente.

Muitas empresas esboroam-se em fracasso

Ainda antes do primeiro passo;

Muitos covardes têm capitulado

Antes de haver a luta começado;

Pense grande e os teus feitos crescerão

Pense pequeno e irás depressa ao chão.

O querer é o poder onipotente,

É a decisão firmada em tua mente.

Fraco é aquele que fraco se imagina,

Olha ao alto o que ao alto se destina,

A confiança em si mesmo é a trajetória

Que leva aos altos picos da vitória.

Nem sempre o que mais corre a meta alcança,

Nem mais longe o mais forte o disco lança.

Mas o que, certo em si, vai firme em frente,

Com a decisão firmada em sua mente.

Dr. Christian Barnard

## RESUMO

KUNKEL, Mariéle Darros. **Relação entre higiene bucal e gengivite de uma população em situação de extrema pobreza.** 2015. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

É importante que se evidencie o perfil da comunidade com relação à sua saúde bucal para depois proporcionar-lhe ações bem planejadas e efetivas. Deste modo, o objetivo foi avaliar a condição de saúde bucal através dos índices de placa visível e sangramento gengival, correlacionando-a com o perfil socioeconômico dos moradores do bairro Augusta Meneguine, do município de Viamão, RS. Foi um estudo transversal, de amostra intencional constituída por 684 pessoas que foram examinadas durante visitas domiciliares realizadas aos sábados durante mutirões de saúde interdisciplinares, obtendo os seguintes resultados: 54,5% das pessoas viviam com até 1 salário mínimo, sendo que a maioria morava com 3 a 5 pessoas por casa, 71% tinham placa visível e 55% tinham sangramento gengival, sendo possível identificar um perfil carente de saúde bucal e de nível socioeconômico da população. Concluindo, os resultados deste estudo poderão nortear a implementação de ações em saúde bucal no município de Viamão, RS, Brasil, contribuindo para o planejamento e a alocação de recursos em políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Gengivite. Higiene bucal. População de baixa renda.

## ABSTRACT

KUNKEL, Mariéle Darros. **Relationship between oral hygiene and gum disease in a population in a situation of extreme poverty.** 2015. 40 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

It is important to highlight the community profile regarding their oral health aiming later provide them well-planned and effective actions. In this way, the aim was to assess the condition of oral health through the visible card index and gingival bleeding, correlating it with the socioeconomic profile of residents of Augusta Meneguine district, the city of Augusta Viamão, Rio Grande do Sul. It was a cross-sectional study, intentional sample consisting of 684 people were examined during home visits conducted on Saturdays during joint efforts of interdisciplinary health, obtaining the following result: 54.5% of people lived with up to 1 minimum wage, and most lived with 3 to 5 people per house, 71% had visible card and 55% had bleeding gums, being possible to identify a profile in need of oral health and socioeconomic status of the population. In conclusion, the results of this study will guide the implementation of actions in oral health in the city of Viamão, Rio Grande do Sul, Brazil, contributing to the planning and allocation of resources in public health policies.

Keywords: Gingivitis. Oral hygiene. Population of low income.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|           |  |
|-----------|--|
| CPO-D     | Dentes Cariados, Perdidos e Obturados  |
| ceo-d     | Dentes Cariados, Extraídos e Obturados |
| ESF       | Estratégia de Saúde da Família         |
| IPV       | Índice de Placa Visível                |
| ISG       | Índice de Sangramento Gengival         |
| RS        | Rio Grande do Sul                      |
| SB Brasil | Saúde Bucal Brasil                     |
| SMS       | Secretaria Municipal de Saúde          |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>                         | <b>17</b> |
| <b>3</b> | <b>CONCLUSÃO.....</b>                                 | <b>33</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                               | <b>34</b> |
|          | <b>ANEXO A – QUESTIONÁRIO.....</b>                    | <b>35</b> |
|          | <b>ANEXO B – FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA.....</b> | <b>38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

As práticas de higiene bucal cumprem um relevante papel na prevenção das doenças da boca, principalmente as doenças periodontais. Diversos estudos epidemiológicos mostraram associação entre higiene bucal e placa bacteriana. Além disso, há uma gama de evidências científicas demonstrando que as doenças periodontais estão associadas com a placa bacteriana. Sabe-se, portanto, que a escovação dos dentes é a forma mais comum de limpá-los, sendo amplamente aceita como um comportamento social desejável pela população dos países industrializados. Aliás, ela é a forma mais prática e eficiente de prevenir a doença periodontal<sup>1</sup>.

De acordo com a literatura, um número muito grande de estudos feitos no Reino Unido e nos países escandinavos demonstra que os hábitos de higiene bucal, o sangramento gengival e o nível de placa bacteriana mudam de acordo com fatores sócio demográficos, como idade, sexo e categoria socioeconômica, não sendo igualmente distribuídos na população. No Brasil, esses estudos epidemiológicos, que correlacionam hábitos de higiene bucal, nível de placa bacteriana e sangramento gengival são raros. Em 1986, foi feito um levantamento epidemiológico onde a maioria absoluta da população examinada (94,6%) apresentava sangramento gengival. Ademais, o nível de doença periodontal estava associado com nível de renda, sendo que as pessoas de renda mais baixa apresentavam maior nível de doença periodontal<sup>1</sup>.

Entretanto, de acordo com último levantamento epidemiológico, SB Brasil 2010, pode-se observar que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos até a vida adulta, decrescendo nos idosos. Cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, praticamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento

gingival. Dentre as alterações periodontais mais prevalentes, o cálculo apareceu em todos os grupos etários, sendo o sextante inferior central o mais acometido. Nos sextantes posteriores, observou-se a presença de bolsas periodontais rasas e profundas, tanto nos adolescentes quanto em adultos e idosos, muito embora haja um incremento percentual nos adultos em relação aos adolescentes. A proporção de indivíduos livres de cárie ( $ceo-d/CPO-D = 0$ ) diminui em função da idade, um fenômeno que é comum por causa do caráter cumulativo dos índices utilizados. Aos 5 anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos, 43,5% apresentam a mesma condição na dentição permanente. Nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, os percentuais foram 23,9%, 0,9% e 0,2%, respectivamente. Grandes diversidades regionais e entre as capitais e os municípios do interior também são percebidas em todas as idades. Percentuais de  $CPO-D/ceo-d = 0$  são sempre inferiores nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste quando comparados com os das regiões Sul e Sudeste. A situação é variada quando se compara os municípios do interior com as capitais em cada região. Nas regiões Sul e Centro-Oeste, por exemplo, os percentuais de crianças e adolescentes livres de cárie são mais elevados nas capitais do que no interior, enquanto em adultos e idosos algumas capitais apresentam percentuais mais baixos do que os municípios do interior<sup>2</sup>.

É importante ressaltar que, grande parte da diminuição da prevalência e gravidade da doença cárie em crianças e adolescentes em nosso país deve-se a medidas de saúde bucal adotadas em escala populacional, em especial aquelas com base no uso seguro de fluoretos. A agregação do flúor ao tratamento das águas de abastecimento público brasileiro (fluoretação) teve início no ano de 1953 no município de Baixo Guandu. Já a comercialização de dentifrícios fluoretados ocorreu somente a partir de 1989<sup>3</sup>.

Sabe-se que, tanto a doença cárie como a periodontal são prevenidas ou passíveis de controle mediante procedimentos relativamente simples, como a escovação dentária, o controle da frequência do consumo de açúcares, o uso adequado do flúor (como já citado) e visitas periódicas ao dentista, entretanto, o objetivo de uma melhor saúde bucal não tem sido alcançado em nível populacional. Uma das possíveis explicações para esta persistente prevalência e incidência é sua associação às condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas aos determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças<sup>4</sup>.

Segundo Marsh<sup>5</sup> em 2004, a placa dental pode ser definida como uma comunidade microbiana imersa numa matriz extracelular de polímeros derivados dos microrganismos e do hospedeiro, que está aderida aos dentes e estruturas não renováveis na cavidade bucal na forma de um biofilme. Nela há muitas espécies de microrganismos e seu mecanismo de adesão tem sido estudado devido ao desenvolvimento de patologias<sup>6</sup>.

O biofilme dental é considerado o agente determinante de cárie dentária e periodontopatias, as quais são o principal problema no âmbito da odontologia coletiva. Para um controle eficaz do mesmo, utilizam-se escova e fio dental, que esbarram nas dificuldades apresentadas pelos pacientes. Embora haja vários estudos dando enfoque ao controle químico do biofilme dental com a utilização de várias substâncias, nenhuma delas mostrou-se capaz de substituir os procedimentos de natureza mecânica<sup>7</sup>.

Para Sharma e Galustians<sup>8</sup> em 1994, a escovação é a linha de frente de defesa contra o biofilme dental e a gengivite. Isto pode ser verificado nos estudos de Løe et al.<sup>9</sup> em 1965, que observaram após a interrupção dos procedimentos de escovação dental um rápido acúmulo do biofilme dental e desenvolvimento de gengivite num período de três semanas.

Couto, Couto e Duarte<sup>10</sup>, em 1992, realizaram uma revisão sobre as pesquisas feitas com programas e recursos didáticos que visam a motivação/educação para prevenção das doenças periodontais e da cárie e afirmaram que a literatura odontológica mostra que a motivação direta é a maneira mais eficiente para modificar o comportamento do paciente e levá-lo a exercer um controle satisfatório do biofilme dental.

Por outro lado, a atitude das pessoas acerca de sua saúde, particularmente a saúde bucal, é moldada por suas vivências pessoais. Essas atuarão como determinantes de comportamentos e percepções, fundamentais na adoção de hábitos de saúde bucal e no desenvolvimento de um padrão de comportamento relacionado aos mesmos. Fatores sócio demográficos, psicossociais e o estilo de vida adotado pelo indivíduo podem influenciar seus hábitos e comportamentos de saúde em todas as etapas da vida<sup>11</sup>. Figueiredo et al.<sup>12</sup>, verificaram que famílias que residiam em casas mais estruturadas, de alvenaria, apresentaram uma maior frequência de higiene bucal do que aquelas cujas moradias eram feitas de madeira ou mista.

Os fatores socioeconômicos, como o nível de escolaridade, e a percepção da necessidade de tratamento atuam como elementos diferenciadores no acesso à saúde, pois influenciam a obtenção de conhecimentos e cuidados. Em relação ao sexo, as mulheres são mais adeptas a hábitos adequados de saúde bucal e cuidados preventivos. As relações sociais podem atuar como determinantes da saúde bucal, uma vez que a convivência entre as pessoas favorece comportamentos de monitoramento, incentivando muitas atividades pessoais que se associam à melhor qualidade de vida, como dietas, exercícios físicos e cuidados com a saúde. Os comportamentos de saúde geral foram associados com riscos cardiovasculares e doenças bucais, o que confirma a suposição de que compartilham um fundo comportamental comum<sup>13</sup>.

A prática de higiene bucal é um dos hábitos que, se incorporados ao estilo de vida, favorecem a manutenção de uma boa condição de saúde bucal. A frequência de escovação usualmente recomendada na literatura é de duas a três vezes ao dia, havendo consenso em relação ao uso diário do fio dental. Os principais benefícios são a prevenção ou a redução do biofilme dental e suas consequências para os tecidos periodontais, podendo também favorecer a remineralização dentária por meio do dentifrício fluoretado. Existe evidência de que a higiene bucal é associada à fatores como gênero, idade, nível socioeconômico, auto percepção da saúde, estilo de vida e condições psicológicas. No Brasil, é comum a afirmação de que a população menos favorecida economicamente não escova os dentes. Esta crença tem historicamente justificado a grande ênfase dada à orientação relativa à higiene bucal nas atividades educativas em saúde bucal. Embora a não escovação dos dentes possa ser realmente um fato decorrente do baixo poder aquisitivo da maioria da população – que pode dificultar ou impossibilitar o acesso aos recursos de higiene –, poucos estudos têm sido realizados com o objetivo de investigar este pressuposto<sup>13</sup>.

O Índice de Placa permite distinguir claramente a quantidade e localização do biofilme na superfície dental, sendo composto por quatro escores que determinam a ausência ou presença do biofilme na superfície dentária. Já o Índice Gengival avalia as condições da gengiva, de modo a distinguir claramente a severidade da lesão e a situação gengival, quantidade de lesão<sup>14</sup>.

Uma prática comum dos cirurgiões-dentistas é o questionamento sobre os hábitos de higiene bucal dos seus pacientes. Dentre os questionamentos, a pergunta mais realizada pelos profissionais de saúde bucal é: “*quantas vezes ao dia você faz sua higiene bucal?*”. Na maioria das vezes, a resposta obtida para essa pergunta é automática: “*escovo os dentes três vezes ao dia e passo fio dental*”. Porém, quando o

profissional examina o paciente através dos Índices de Placa Visível (IPV) e Sangramento Gengival (ISG), o diagnóstico não coincide com o relato do paciente. Segundo Figueiredo et al.<sup>12</sup>, em 2014, a alta frequência de escovação não necessariamente implica em melhor limpeza. Pode-se pensar, no entanto, que a discrepância entre auto relato e exame clínico reflete uma alta valorização do cuidado com a saúde por parte da população, o que coloca em dúvida a confiabilidade das respostas aos questionários aplicados.

Devido a estas constatações, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a condição de saúde bucal através dos índices de placa visível e sangramento gengival, correlacionando-a com o perfil socioeconômico dos moradores do bairro Augusta Meneguine, do município de Viamão, RS.



## 2 ARTIGO CIENTÍFICO

### **Relação entre higiene bucal e gengivite de uma população em situação de extrema pobreza**

### **Relationship between oral hygiene and gum disease in a population in a situation of extreme poverty**

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar as condições de saúde bucal dos moradores do bairro Augusta Meneguine, através dos índices de placa visível e sangramento gengival, relacionando-as com o perfil socioeconômico. **Materiais e métodos:** Um estudo do tipo transversal, observacional e analítico contendo uma amostra de 684 moradores de um bairro do município de Viamão, Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados durante os mutirões interdisciplinares de saúde. Os participantes responderam a um questionário contendo informações referentes às condições socioeconômicas, além de dados sobre a saúde geral e bucal. Foram avaliadas a presença de placa visível e sangramento gengival após a escovação dentária. Os dados foram armazenados no programa Microsoft Excel e analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual, sendo apresentados em frequência relativa absoluta. **Resultados:** A média de idade da população avaliada foi de 23,4 anos, havendo uma prevalência de mulheres na amostra. A maior parte das pessoas tinha escolaridade de 1º grau incompleto. A renda familiar mais encontrada na população estudada foi de até 1 salário mínimo. Com relação à presença de placa, 71% apresentaram placa visível. Já quanto à presença de sangramento gengival, o resultado positivo igualmente prevaleceu na grandeza de 55%. **Conclusão:** Através deste levantamento, foi possível identificar um perfil precário de saúde bucal e de nível sócio

econômico dos moradores da Vila Augusta: baixas remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível e sangramento gengival.

**Palavras-chave:** Gengivite. Higiene bucal. População de baixa renda.

## **ABSTRACT**

**Objective:** to assess oral health conditions of the residents of the neighborhood through the indexes Meneguine Augusta of visible plaque and gingival bleeding, relating them to the socio-economic profile. **Materials and methods:** A study of transverse type observational and analytical, containing a sample of 684 residents of a subdivision of the city of Viamão, Rio Grande do Sul. Data were collected during the interdisciplinary master of health. Participants answered to a questionnaire containing information regarding socioeconomic conditions, in addition to data on the general health and dental. We evaluated the presence of visible plaque and gingival bleeding after tooth brushing. Data was stored in Microsoft Excel and analyzed quantitatively, with pegging in percentage, being presented in absolute-relative frequency. **Results:** the average age of the population evaluated was 23.4 years, with a prevalence of women in the sample. Most people had 1st school degree incomplete. Family income more found in the studied population was up to one minimum wage. About the presence of plaque, 71% showed visible card. Already with regard to the presence of gingival bleeding, the positive result also prevailed in the greatness of 55%. **Conclusion:** through this survey, it was possible to identify a precarious dental health profile and socio economic level of the residents of the village Augusta: low pay and schooling, showing high levels of visible card, and gum bleeding.

**Keywords:** Gingivitis. Oral hygiene. Population of low income.

## INTRODUÇÃO

As doenças da cavidade bucal são evitáveis pelo emprego correto de medidas preventivas, mas pouco se conhece sobre os fatores que condicionam os indivíduos a assumirem ou não um comportamento preventivo. Os modelos tradicionais de atenção, em sua maioria, são baseados no pressuposto de que o comportamento é regido por determinantes internos no nível do indivíduo como, por exemplo, percepção, crença, atitude ou intenção. Contudo, são importantes as condições socioeconômicas e ambientais, que forçosamente condicionam o comportamento de cada um.<sup>1</sup>

Para Santos<sup>2</sup> a taxa de analfabetismo, isoladamente, não explicita as carências educacionais de uma população estudada, é necessário perceber a dificuldade de acesso ao ensino médio e superior, para compreender a exclusão dessa população. Neste estudo, ainda se verificou que 100% das crianças com seis ou mais dentes cariados eram cuidadas por indivíduos com baixa escolaridade (1º grau incompleto ou analfabetos), enquanto todas as crianças cuidadas por indivíduos que completaram no mínimo o 1º grau possuíam ceod abaixo de cinco.

Outros estudos comprovam a importância da educação, em particular da mãe, na saúde bucal das crianças. Isso se dá tanto pelo reflexo da própria condição de saúde bucal da mãe, como da implementação de cuidados de alimentação e higienização decorrentes de maior grau de informação da mesma.<sup>3-4-5-6</sup>

Acrescentando, Aquino e Philippi<sup>7</sup> relataram que o consumo de açúcar é maior entre as crianças de menor renda. Já Figueiredo et al.<sup>8</sup>, em 2014, constatou que existe uma associação positiva entre o consumo de sacarose com o aparecimento da cárie em crianças, onde foi encontrada uma associação significativa entre as variáveis de renda e frequência de mais ingestões de açúcar entre as refeições, nas quais as famílias com

renda salarial mais elevada tiveram um maior consumo de açúcar entre as refeições comparadas àquelas com menor renda, cuja frequência de ingestão de açúcar foi significativamente menor e, entre as variáveis “tipo de casa” e “frequência de higiene bucal realizada”, a qual era feita com maior frequência ao dia pelos moradores de casa do tipo alvenaria.

Com relação à gengivite, que é uma das doenças bucais de maior prevalência, sendo encontrada em todas as idades, desde que a placa se acumule por um certo período de tempo<sup>9</sup>. Gesser, Peres e Marcenes<sup>10</sup> verificaram alta prevalência de sangramento e cálculo dentário em indivíduos com piores condições socioeconômicas. A análise percentual demonstrou associação significativa entre sangramento gengival e todas as variáveis socioeconômicas estudadas, chegando à conclusão de que quanto maior a escolaridade e a renda familiar, menor a prevalência de sangramento gengival.

Na mesma lógica, Maltz e Silva<sup>6</sup>, em 2001, observaram associações locais entre o índice de sangramento gengival  $ISG \leq 10\%$  de escolares com pais de nível superior completo e o  $ISG \leq 30\%$  para pais de nível educacional até primeiro grau incompleto. Neves et al.<sup>11</sup>, em 2013, também concluíram que indivíduos com piores índice de placa e de sondagem periodontal estiveram associados à piores indicadores sociodemográficos e psicocomportamentais.

Um resultado extremamente interessante foi percebido quando Neves, Passos e Oliveira<sup>12</sup> examinaram 176 escolares de uma instituição da rede pública de ensino da cidade de João Pessoa. As crianças examinadas apresentaram elevada prevalência de gengivite na forma leve, apesar de terem relatado uma alta frequência de escovação. Foi observada uma diferença estatisticamente significante para os valores do índice de sangramento gengival entre os indivíduos que relataram escovar seus dentes uma vez ao

dia com os que escovavam duas vezes ao dia ou também entre os que escovavam três vezes ou mais ao dia.

Por outro lado, pode-se afirmar que essa relação baixo nível socioeconômico e alta incidência de gengivite pode ser atribuída ao fato de as pessoas de menor poder aquisitivo terem menos acesso à assistência odontológica, menor grau de instrução, inclusive as relacionadas aos cuidados com higiene bucal, o que pode acarretar menos preocupação com a saúde e o bem-estar.<sup>6,10</sup> A distribuição de recursos, ainda, é inversamente proporcional às necessidades da população, uma vez que a desigualdade da distribuição dos serviços não corresponde às necessidades das mesmas.<sup>13</sup>

Devido a estas constatações, o presente trabalho teve como objetivo avaliar as condições de saúde bucal, através dos índices de placa visível e sangramento gengival, e o perfil socioeconômico dos moradores do bairro Augusta Meneguine, do município de Viamão, RS.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este trabalho é do tipo transversal e observacional. Ele foi realizado na Vila Augusta Meneguine, no município de Viamão, Rio Grande do Sul.

O estudo abrangeu uma amostra por conveniência, constituída de 684 moradores da referida Vila que assinaram um termo de consentimento livre esclarecido. Foram excluídas aquelas pessoas que não consentiram com o termo da pesquisa.

Os dados foram coletados durante os Mutirões Interdisciplinares de Saúde ali realizados aos sábados, dos meses de março 2014 à julho de 2015.

Todos também responderam a um questionário padronizado que buscava informações referentes às condições socioeconômicas do chefe da família, a

escolaridade, além de dados sobre a saúde geral e saúde bucal (orientação de higiene bucal, frequência de higiene bucal, frequência de ingestão de açúcar).

As condições de saúde bucal desses moradores foram avaliadas utilizando-se os critérios de presença ou ausência de placa visível (ISG) e sangramento gengival (IPV). Esses exames bucais foram realizados por examinadores treinados mediante luz artificial nos ambientes mais claros das residências, sendo iniciados pela verificação da presença de placa visível, seguida da escovação supervisionada e da observação de sangramento gengival (Figura 1).



**Figura 1-** Escovação dentária sendo realizada para posterior realização do exame clínico.

Os dados coletados foram armazenados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados quantitativamente, com tabelamento em percentual, e apresentados em frequência relativa absoluta.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre sob o número 669.

## RESULTADOS

Do total da amostra de 684 indivíduos com idade média 23,4 anos de idade, dos quais 36,55% (n= 250) são homens com uma média de idade de 20,04 anos, e 63,45% (n=434) são mulheres com idade média de 25,4 anos. Conforme a Tabela 1.

**Tabela 1 - Média de idade, número de indivíduos e percentual na população**

|                         | <i>Homens</i> | <i>Mulheres</i> |
|-------------------------|---------------|-----------------|
| <b>Média de idade</b>   | 20,04         | 25,4            |
| <b>Nº de indivíduos</b> | 250           | 434             |
| <b>% na população</b>   | 36,55         | 63,45           |

No levantamento socioeconômico, analisaram-se os índices de escolaridade e renda mensal. Verificou-se que 62,2% (n=426) não completaram o Ensino Fundamental (Tabela 2). O analfabetismo estava presente em 13,4% (n=92) da população geral. Em relação ao item renda mensal, 35,5% (n=243) dos entrevistados relataram uma variação de renda de um a dois salários mínimos (SM). Em primeiro lugar, destaca-se a renda

familiar de até um salário mínimo por mês, presente em 54,5% (n=373) da amostra total (Tabela 3).

**Tabela 2 - Escolaridade da população**

| <i>População Total</i> |             |
|------------------------|-------------|
| <b>Analfabetos</b>     | 13,4% (92)  |
| <b>1º Incompleto</b>   | 62,2% (426) |
| <b>1º Completo</b>     | 6% (42)     |
| <b>2º Incompleto</b>   | 11,2% (77)  |
| <b>2º Completo</b>     | 6% (42)     |
| <b>3º Incompleto</b>   | 0,14% (1)   |
| <b>3º Completo</b>     | 0,6 % (4)   |

**Tabela 3 - Renda mensal da população**

| <i>População Total</i> |             |
|------------------------|-------------|
| <b>Sem Renda</b>       | 0,73% (5)   |
| <b>Até 1 SM</b>        | 54,5% (373) |
| <b>De 1 a 2 SM</b>     | 35,5% (243) |
| <b>De 3 a 5 SM</b>     | 9% (62)     |



|                     |           |
|---------------------|-----------|
| <b>Mais de 5 SM</b> | 0,14% (1) |
|---------------------|-----------|

Com relação à presença de placa, 71% (n=485) apresentaram placa visível. Já quanto à presença de sangramento gengival, o resultado positivo igualmente prevaleceu na grandeza de 55% (n=377). Quando questionados sobre a frequência de escovação, 3,65% (25) afirmaram não escovar os dentes; 29,09% (n=199) relataram escovar até uma vez ao dia; 55,70% (n=381) relataram escovar de duas a três vezes ao dia; e 11,55% (n=79) escovavam quatro vezes ou mais ao dia. Em relação à orientação de higiene bucal, 67% (n=457) relataram nunca haver recebido qualquer tipo de orientação ao longo de sua vida. Os entrevistados foram questionados em relação à frequência de consumo de açúcar entre as refeições, conforme demonstrado na Tabela 5.

**Tabela 4 – Frequência de escovação, placa visível, sangramento gengival**

| <i>Frequência de escovação diária</i> | <i>Placa Visível</i> | <i>Sangramento gengival</i> |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------|
| Nenhuma X ao dia 3,65% (n=25)         | 68,00% (17)          | 52,00% (13)                 |
| Até 1X ao dia 29,09% (n=199)          | 69,34% (138)         | 48,74% (97)                 |
| De 2 a 3 X ao dia 55,70% (n=381)      | 72,70% (277)         | 58,79% (224)                |
| 4X ou +X ao dia 11,55% (n=79)         | 64,55% (51)          | 53,16% (42)                 |

**Tabela 5 – Frequência de ingestão de açúcar entre as refeições**

| <i>Ingestão de açúcar entre refeições</i> | <i>População Total</i> |
|---|------------------------|
| Nenhuma vez                               | 1% (7)                 |
| 1 X                                       | 10,3% (71)             |
| 2 X                                       | 23,8% (163)            |
| 3 X                                       | 30% (206)              |
| Mais de 3 X                               | 34,3% (235)            |
| Mamadeira Noturna                         | 0,3% (2)               |

## **DISCUSSÃO**

A população estudada foi caracterizada como jovem (média de 23,4 anos de idade) e, por viver abaixo da linha da pobreza, uma vez que as famílias sobreviviam com menos de um salário mínimo por mês e em sua maioria eram compostas por 3 a 5 moradores por residência em situação precária. Isto reflete a realidade vivida também por 16,2 milhões de pessoas que se encontram em pobreza extrema de acordo com dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Um entre cada dez brasileiros vive em condições de extrema pobreza, sendo que na região Nordeste é concentrado a maior parte dos extremamente pobres - 9,61 milhões de pessoas ou 59,1%. Destes, a maior parcela (56,4%) vive no campo, enquanto 43,6% estão em áreas urbanas. A região Sudeste tem 2,72 milhões de brasileiros em situação de miséria, seguido pelo Norte, com 2,65 milhões, pelo Sul (715,96 mil), e o Centro Oeste (557,44 mil)<sup>14</sup> (Tabela 1 e 3).

Deste modo, a realidade encontrada na Vila Augusta reflete a situação dos muitos dos achados deste estudo, como, por exemplo, a relação proporcional da renda dos moradores com sua frequência de ingestão de açúcar entre refeições. Dados estes que corroboraram com os de Aquino e Philippi<sup>7</sup>, que verificaram que o consumo de açúcar na classe de menores rendimentos foi superior ao observado na classe de maiores rendimentos, sustentando a hipótese de que o nível socioeconômico influencia a preferência pelo açúcar. Estes dados não foram corroborados por Figueiredo et al.<sup>8</sup> que observaram uma frequência de mais ingestões de açúcar entre as refeições em famílias com renda salarial mais elevada (Tabela 5).

Na literatura é consagrada a associação do nível sócio econômico com os hábitos de higiene bucal. Os resultados de Figueiredo et al.<sup>8</sup> revelaram uma associação significativa entre a estrutura da residência (alvenaria, madeira ou mista) e a frequência de higiene bucal por dia realizada pelos moradores de uma vila. As famílias que residiam em domicílios do tipo alvenaria apresentaram uma maior frequência de higiene bucal do que aquelas cujas moradias eram feitas de madeira ou mesmo mista. Pode-se dizer que o espaço físico onde a pessoa reside pode influir em sua saúde bucal. Conforme Moreira, Nico e Tomita<sup>15</sup> (2007, p. 278-9), “deve-se reconhecer uma reprodução de expressão espacial das condições de vida e saúde da população na medida em que o local de moradia do indivíduo reflete sua própria condição socioeconômica. Dessa maneira, o território, como reflexo das condições econômicas de seus habitantes e sujeito às iniquidades sociais e políticas, poderia influenciar negativamente as condições de vida de seus ocupantes. Percebe-se, então, que o território passa a gerar (e gerir) a pobreza de forma sustentável”.

Os resultados também apontaram altos índices de presença de placa visível e sangramento gengival, sendo ambos encontrados em mais da metade da amostra (71% e 55%, respectivamente). Esses resultados reiteram os achados de Gesser, Peres e Marcenes<sup>10</sup>, que verificaram alta prevalência de sangramento e cálculo dentário em indivíduos com piores condições socioeconômicas em 2001, em uma amostra populacional de 286 jovens de 18 anos de idade do município de Florianópolis, os quais revelaram que 86% dos indivíduos apresentaram sangramento à sondagem. Considerando que a população em estudo foi composta majoritariamente por indivíduos de baixa renda e escolaridade, justifica-se a alta prevalência desses índices periodontais.

Acompanhando a mesma lógica descrita acima, vários autores<sup>6,11</sup>, afirmam que os altos índices de placa e sangramento gengival estão associados à piores indicadores sociodemográficos e psicocomportamentais. Cabe ressaltar que aqui a maioria da população estudada tinha apenas o 1º grau incompleto (Tabela 2).

As condições sociais mais baixas, portanto, não resultaram em hábitos de higiene bucal que se possa chamar de inadequados (ainda que os resultados os demonstrem ineficazes), sugerindo que a alta frequência de escovação não necessariamente implica em melhor limpeza. Pode-se pensar, no entanto, que a discrepância entre auto relato e exame clínico refletiria uma alta valorização do cuidado com a saúde por parte da população, o que colocaria em dúvida a confiabilidade das respostas aos questionários aplicados, conforme discutido por Figueiredo et al., em 2011<sup>15</sup>. Considerando que, independente da frequência de escovação, os índices de placa visível e sangramento gengival permaneceram com uma porcentagem próxima entre si, torna-se compreensível tal especulação. Parece claro que, supondo-se verdadeiras as respostas ao questionário, os maus índices de higiene bucal podem derivar de técnica e/ou instrumentos inadequados (Tabela 4).

Realmente, foi possível perceber a necessidade de uma adaptação nas políticas públicas de saúde voltadas para a atenção básica, com base em educação em saúde, com distribuição de escovas dentárias, fio dental e pasta de dente. Exemplificando, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>17</sup>, na Pesquisa Nacional de Saúde, que conta com dados de 2013, o uso de escova de dente, pasta de dente e fio dental para a higiene bucal é feito somente por 53% dos brasileiros. Ainda nesta pesquisa, os homens usam menos os artigos de higiene bucal que as mulheres. Enquanto 57,1% delas declararam os cuidados com a boca, 48,4% dos homens afirmaram usar escova, pasta e fio de dental.

Finalizando, apesar da progressiva democratização do acesso à saúde para a população e os crescentes programas de combate à miséria, as condições de pobreza extrema prevalecem nos centros urbanos e, conforme afirmado anteriormente, contribuem substancialmente para a prevalência de doenças bucais. Fica um indicativo de que é necessário adaptar as políticas públicas de saúde bucal às características de cada região, se for um município de pequeno porte como o de Viamão, o acesso será diferenciado dos de grande porte. Também é importante que a formação do profissional de saúde esteja mais adaptada para atender a realidade vivida pela população brasileira através das reformas curriculares que contemplam os princípios do cuidado humanizado, integral e descentralizado à população.

Assim, as ações interdisciplinares em saúde, semelhante às adotadas no desenvolvimento desta pesquisa, para promover saúde através do atendimento a uma população desassistida como a da Vila Augusta, devem ser adotadas pelas universidades de forma que haja uma contribuição para a sociedade e, concomitantemente, prepare o aluno de graduação para uma formação profissional inserida na realidade do país.

## **CONCLUSÃO**

Através deste levantamento foi possível identificar um perfil precário de saúde bucal e de nível sócio econômico da população dos moradores da Vila Augusta: baixas remuneração e escolaridade, apresentando altos índices de placa visível, e sangramento gengival.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos a Dra. Dilene Dumke, cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde do município de Viamão, a Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) Simone da Rosa e toda equipe da Extensão Universitária: “Ação Interdisciplinar em Saúde” pelo apoio constante e informações cedidas durante a realização deste trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

1. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos; 2000. p. 223-50.
2. Santos MF, Andrighetto AG, Lamas AE, Dockhorn DM. Relação entre doença cárie e gengivite e condições socioeconômicas dos usuários da creche comunitária centro infantil Murialdo. Bol Saúde. 2004 Jan/June;18(1):113-26.
3. Dockhorn DMC, Pretto SM. Escolaridade, condições socioeconômicas e saúde bucal: relação entre mães e filhos. Rev. odonto ciênc. 2001 jan/abr;16(32):42-59.
4. Fraiz FC, Walter LR de F. Study of the factors associated with dental caries in children who received early dental care. Pesqui Odontol Bras. 2001 jul/set;5(3):201-7.

5. Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J*. 2000 Feb 26;188(4):201-5.
6. Maltz M, Barbachan e Silva B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômicos em escolares. *Rev Saude Publica*. 2001 Apr;35(2):170-6.
7. Aquino Rde C, Philippi ST. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2002 Dec;36(6):655-60.
8. Figueiredo MC, Ribeiro CBS, Noronha MS, Silva KVCLda. Descrição do padrão alimentar e da saúde bucal de crianças do sul do Brasil. *RFO*. 2014 set/dez;19(3):329-36.
9. Oppermann RV, Rösing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: KRIGER L, Bezerra ACB (Org.). *ABOPREV: promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 255-81.
10. Gesser HC, Peres MA, Marcenes W. Condições gengivais e periodontais associadas à fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(3):289-93.
11. Neves PCB, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Meneghim M de C, Mialhe FL. Variáveis sociodemográficas e psicocomportamentais associadas à gengivite e à pobre higiene bucal em pacientes de uma unidade de saúde da família. *Braz J Periodontol*. 2013 jun;23(2):16-24.
12. Neves AM, Passos IA, Oliveira AFB. Estudo da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. *Odontol Clín Cient*. 2010 jan/mar;9(1):65-71.
13. Ruffino NA. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1992; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: ABRASCO; 1993. p.11-8.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro; 2011. p. 0-149.

15. Moreira SR, Nico SL, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(1):275-84.
16. Figueiredo MC, Correia L da S, Valença K, Faneze JL, Gass EL. Saúde bucal de moradores de um bairro pobre de Xangri-lá, RS, Brasil. *ConScientiae Saúde*. 2011;10(2):177-83.
17. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil grandes regiões e unidades da federação. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro. 2014;0-181.



## **CONCLUSÃO**

Por fim, Ações Interdisciplinares em Saúde, semelhante às adotadas no desenvolvimento desta pesquisa, para promover saúde através do atendimento a uma população desassistida como a da Vila Augusta, devem ser adotadas pelas universidades de forma que haja uma contribuição para a sociedade e, concomitantemente, prepare o aluno de graduação para uma formação profissional inserida na realidade do país.

## REFERÊNCIAS

1. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública*. 1997 Dec;31(6): 586-93.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais - Projeto SB Brasil 2010. Brasília; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de recomendações para uso de fluoretos no Brasil. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília. 2009;0-58.
4. Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006 Dez;15(4): 29-39.
5. Marsh PD. Dental plaque as a microbial biofilm. *Caries Res*. 2004;3(38):204-11.
6. Spolidoro DMP, Zuanon ACC, Zuano JA. Biofilme dentário. *Rev Paul Odontol*. 2003 set/out;25(5):27-9.
7. Toassi, RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002 Oct;36(5):634-7.
8. Sharma NC, Galustians J. Efeitos clínicos sobre a placa dental e a gengivite obtidos com o uso de quatro escovas dentais manuais de desenho complexo por período de três meses. *J Clin Dentistr*. 1994;5:114-8.
9. Løe H, Theilade, E, Jensen, SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*. 1965;36:177-87.
10. Couto JL, Couto RS, Duarte, CA. Motivação do paciente. *RGO*. 1992;40:143-50.
11. Davoglio, RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2009 Mar;25(3):655-67.
12. Figueiredo MC, Peixoto LT, Covatti F, Silva KVCL, Jardim LE. Saúde bucal de pessoas em situação de pobreza extrema residentes em um município no sul do Brasil. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2014;16(1):45-50.
13. Soares EF, Novais TO, Freire MCM. Hábitos de higiene bucal e fatores relacionados em adultos de nível socioeconômico baixo. *Rev Odontol UNESP*. 2009 jul/ago;38(4):228-34.

14. Brunetti, MC, Fernandes MI, Moraes RGB de. Fundamentos da periodontia : teoria e prática. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Parentesco: ( ) mãe ( ) avó ( ) avô ( ) tia ( ) tio ( ) irmão ( ) outro ( )

Ocupação: ( ) Empregado \_\_\_\_\_ ( ) Desempregado

Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino

**1 – Escolaridade:**

- ( ) Analfabeto
- ( ) 1º Grau Incompleto
- ( ) 1º Grau Completo
- ( ) 2º Grau Incompleto
- ( ) 2º Grau Completo
- ( ) 3º Grau Completo

**2 – Renda Familiar:**

- ( ) Até 1 Salário Mínimo (SM)
- ( ) De 1 a 2 SM
- ( ) De 3 a 5 SM
- ( ) Mais de 5 SM

**3 – Habitação:****3.1 Tipo de casa:**

- ( ) madeira
- ( ) alvenaria
- ( ) mista
- ( ) outros

**3.2 Número de peças:**

- ( ) até 2
- ( ) de 3 a 5
- ( ) mais de 5

## 3.3 Banheiro:

- no corpo da casa
- fora da casa
- não apresenta

## 3.4 Número de torneiras

- nenhuma
- até 2
- 3 ou mais

## 3.5 Número de moradores:

- até 2
- de 3 a 5
- mais de 5

## 3.6 Dejetos:

- fossa séptica
- fossa seca
- direto na rua
- rede de esgoto

## 4 – Higiene Bucal:

4.1 Já recebeu alguma orientação de que se deve e como se deve fazer a higiene bucal?

- Não  Sim - De quem? \_\_\_\_\_

4.2 Quantas vezes ao dia as pessoas desta casa costumam fazer a higiene bucal?

- No máximo 1x ao dia
- De 2x a 3x ao dia
- Mais de 4x ao dia

4.3 As crianças menores que residem aqui, abaixo de 6 anos, são supervisionadas durante a escovação dentária? ( ) Não ( ) Sim, e se alguém faz a escovação dentária delas? ( ) Sim ( ) Não. Quem? \_\_\_\_\_

4.4 Qual a frequência de ingestão de açúcar entre as refeições (da família)?

( ) 1x ao dia

( ) 2x ao dia

( ) 3x ao dia

4.5 Qual o número de refeições diárias que as pessoas desta casa costumam fazer?

( ) 1x ao dia

( ) de 2 a 3x ao dia

( ) mais de 4x ao dia

## ANEXO B – FICHA DE AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

Nome:

Família:

Data de nascimento:

### IPV

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

1 = placa visível

0 = sem placa visível

### ISG

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

1 = sangramento

0 = sem sangramento

**CPOD**

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

Código H para Dente Hígido  
 Código O para Dente Restaurado  
 Código Ei para Extração Indicada  
 Código C para Dente Cariado  
 Código P para Dente Extraído  
 Código A para Dente Ausente