

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA

Camila Pedroso Portella  
Siham Abdel Rahman Abu Hwas

**PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E FATORES ASSOCIADOS EM UMA  
COORTE DE ADOLESCENTES DE SANTA MARIA-RIO GRANDE DO  
SUL**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

Santa Maria, RS  
2016

**Camila Pedroso Portella  
Siham Abdel Rahman Abu Hwas**

**PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E FATORES ASSOCIADOS EM UMA COORTE  
DE ADOLESCENTES DE SANTA MARIA-RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Machado Ardenghi

Santa Maria, RS

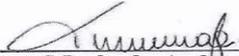
2016

**Camila Pedroso Portella  
Siham Abdel Rahman Abu Hwas**

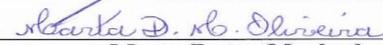
**PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E FATORES ASSOCIADOS EM UMA  
COORTE DE ADOLESCENTES DE SANTA MARIA-RS**

Trabalho de conclusão de curso  
apresentado ao curso de Odontologia da  
Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM, RS), como requisito parcial para  
obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

**Aprovado em 21 de novembro de 2016:**

  
\_\_\_\_\_  
**Thiago Machado Ardenghi, Dr. (UFSM)**  
(Orientador)

  
\_\_\_\_\_  
**José Mariano da Rocha (UFSM)**

  
\_\_\_\_\_  
**Marta Dutra Machado Oliveira (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2016

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

Às nossas famílias pelo amor, incentivo e apoio incondicional que dedicaram a nós ao longo desta caminhada.

À Camila e à Marília pelas contribuições e orientações para que este trabalho se realizasse.

Ao nosso orientador pela orientação e apoio na elaboração deste trabalho.

## RESUMO

### PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E FATORES ASSOCIADOS EM UMA COORTE DE ADOLESCENTES DE SANTA MARIA-RIO GRANDE DO SUL

AUTORAS: Camila Pedroso Portella e Siham Abdel Rahman Abu Hwas  
ORIENTADOR: Thiago Machado Ardenghi

O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de adolescentes de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Variáveis clínicas, socioeconômicas, demográficas e questões subjetivas foram coletadas. As variáveis clínicas foram coletadas através de exames bucais realizados nas escolas por examinadores treinados e calibrados, sob iluminação natural com espelho bucal plano e sonda periodontal. Sangramento gengival, principal desfecho do estudo, foi coletado em 6 sítios por dente através do Community Periodontal Index criteria(CPI). As associações entre variáveis clínicas e socioeconômicas da amostra no *baseline* com a prevalência de gengivite no acompanhamento foram avaliadas utilizando modelos de Regressão de Poisson uni e multivariado. Em 2012, 1.134 escolares de 12 anos foram avaliados e em 2014, 734 escolares de 14 anos foram reavaliados. A prevalência de escolares que possuíam pelo menos 15% de superfícies com sangramento gengival manteve-se semelhante no levantamento inicial e final. Na análise ajustada, as variáveis cárie dentária não tratada e baixa renda familiar foram fatores relacionados à pior condição de saúde gengival. Portanto, conhecer os fatores que influenciam na prevalência de gengivite é essencial para promover políticas públicas de saúde direcionadas ao tratamento e à prevenção dessa doença na faixa etária estudada.

**Palavras-chave:** Adolescente. Gengivite. Prevalência.

## **ABSTRACT**

### **PREVALENCE OF GINGIVITIS AND ASSOCIATED FACTORS IN A COHORT OF ADOLESCENTS IN SANTA MARIA-RIO GRANDE DO SUL**

**AUTHOR:** Camila Pedroso Portella, Siham Abdel Rahman Abu Hwas

**ADVISOR:** Thiago Machado Ardenghi

The aim of this study was to evaluate the prevalence of gingivitis and associated factors in a cohort of adolescents from Santa Maria-Rio Grande do Sul. Clinical, socioeconomic, demographic and subjective variables were collected. The clinical variables were collected through oral examinations performed in schools by trained and calibrated examiners under natural light with a dental mirror and periodontal probe. Gingival bleeding, the main outcome of the study, was collected at 6 sites per tooth according to Community Periodontal Index criteria (CPI). The associations between clinical and socioeconomic variables of the baseline sample with the prevalence of gingivitis at follow-up were evaluated using univariable and multivariable Poisson Regression models. In 2012, 1,134 12-year-old schoolchildren were evaluated and in 2014, 734 schoolchildren aged 14 years were reassessed. The prevalence of schoolchildren who presented at least 15% of surfaces with gingival bleeding remained similar in the initial and final surveys. In the adjusted analysis, the variables untreated dental caries and low family income were factors related to the worst gingival health condition. Therefore, knowing the factors that influence the prevalence of gingivitis is essential to promote public health politics aimed at the treatment and prevention of this disease in the age group studied.

**Keywords:** Adolescents. Gingivitis. Prevalence.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CPI – Community Periodontal Index  
CPO-S – Superfícies cariadas, perdidas ou obturadas  
DAI – Dental Aesthetic Index  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
RS – Rio Grande do Sul  
TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 ARTIGO .....</b>	<b>9</b>
<b>3 CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO .....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA EDUCAÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSM.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICE A – FICHA DO EXAME.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As primeiras alterações que surgem na gengiva decorrentes do acúmulo de placa não podem ser detectadas clinicamente (PAGE; SCHOROEDER, 1976), no entanto, a progressão de uma inflamação na gengiva, gengivite, leva a formas mais avançadas desta e os sinais e sintomas tornam-se mais evidentes assim como seus prejuízos estéticos e funcionais ao paciente (LINDHE,2010), além de influenciar negativamente na qualidade de vida dos indivíduos (TOMAZONI,2014).

Gengivite associada à placa afeta os tecidos de proteção do dente e contribui para o desenvolvimento de algumas alterações clínicas (LINDLE, 2010). As manifestações da gengivite induzida por placa mais comuns incluem eritema, sangramento, sensibilidade, pouca firmeza gengival e aumento de volume (LÖE ET AL., 1965), e a forma de evolução consiste em perda de estruturas de suporte com o periodonto de proteção e sustentação.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal evidenciaram que aos 12 anos apenas 62,9% dos indivíduos não apresentaram doença gengival, sangramento gengival e cálculo dentário, avaliados a partir do Índice Periodontal Comunitário (CPI). Esse quadro agrava-se ainda mais com o passar da idade, já que dos 15 aos 19 anos apenas metade dos adolescentes apresentaram todos os sextantes hígidos nesse levantamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A gravidade deste quadro epidemiológico exige, portanto, estudos sobre os fatores relacionados à gengivite para a otimização de políticas públicas direcionadas a prevenção e o controle dessa doença na transição de fase que ocorre entre a infância e a adolescência especificamente.

Considerando-se à escassez de dados sobre os fatores relacionados à ocorrência de gengivite aos 12 anos, o objetivo desse estudo é avaliar a prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de escolares de Santa Maria-RS.

**2 ARTIGO**

Este artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, ISSN: 0102-311x, Qualis A2. As normas para publicação estão descritas no Anexo A.

## **PREVALÊNCIA DE GENGIVITE E FATORES ASSOCIADOS EM UMA COORTE DE ADOLESCENTES DE SANTA MARIA-RS**

Camila Pedroso Portella<sup>1</sup>, Siham Abdel Rahman Abu Hwas<sup>1</sup>, Marília Cunha Maroneze<sup>2</sup>, Camila Sfreddo<sup>2</sup>, Thiago Machado Ardenghi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Alunas de graduação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul (RS), Brasil

<sup>2</sup> Alunas do programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da UFSM, RS, Brasil

<sup>3</sup> Professor do Departamento de Estomatologia da UFSM, RS, Brasil

**RESUMO:** O objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de adolescentes de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Variáveis clínicas, socioeconômicas, demográficas e questões subjetivas foram coletadas. As variáveis clínicas foram coletadas através de exames bucais realizados nas escolas por examinadores treinados e calibrados, sob iluminação natural com espelho bucal plano e sonda periodontal. Sangramento gengival, principal desfecho do estudo, foi coletado em 6 sítios por dente através do Community Periodontal Index criteria(CPI). As associações entre variáveis clínicas e socioeconômicas da amostra no *baseline* com a prevalência de gengivite no acompanhamento foram avaliadas utilizando modelos de Regressão de Poisson uni e multivariado. Em 2012, 1.134 escolares de 12 anos foram avaliados e em 2014, 734 escolares de 14 anos foram reavaliados. A prevalência de escolares que possuíam pelo menos 15% de superfícies com sangramento gengival manteve-se semelhante no levantamento inicial e final. Na análise ajustada, as variáveis cárie dentária não tratada e baixa renda familiar foram fatores relacionados à pior condição de saúde gengival. Portanto, conhecer os fatores que influenciam na prevalência de gengivite é essencial para promover políticas públicas de saúde direcionadas ao tratamento e à prevenção dessa doença na faixa etária estudada.

**Palavras-chave:** Adolescente. Gengivite. Prevalência.

## INTRODUÇÃO

A gengivite caracteriza-se por uma alteração inflamatória dos tecidos de proteção do dente ocasionada pelo acúmulo de biofilme na margem gengival (1). As principais alterações clínicas são edema gengival, alteração de cor, sangramento espontâneo ou à sondagem, aumento de exsudato gengival e sensibilidade (2). A gengivite crônica também pode ser um fator de risco para a periodontite e perda dentária, promovendo danos estéticos e funcionais aos indivíduos (2,3).

A doença gengival é altamente prevalente em crianças e adolescentes (4). No Brasil, 27,1% dos brasileiros aos 12 anos apresentam sangramento gengival (4). Em escolares de 12 anos de Santa Maria, a prevalência de sangramento gengival é de 96,2% e 26,2% da amostra apresenta gengivite (5).

A prevalência de gengivite apresenta um gradiente social, uma vez que locais mais desfavorecidos apresentam maiores índices de doença (5). Além disso, indivíduos de classes socioeconômicas menos favorecidas estão mais suscetíveis a serem expostos à fatores de risco que afetam a saúde bucal (6). Além de aspectos socioeconômicos, a condição gengival pode ser influenciada pela oclusão, como por exemplo a existência de apinhamento dentário e idade (2,6).

Contudo, nenhum estudo avaliou longitudinalmente quais os fatores estão associados a ocorrência de gengivite. Adicionalmente, investigar a prevalência de gengivite na adolescência é fundamental, uma vez que, estes indivíduos encontram-se em uma fase de transição da infância para a vida adulta e em um período de aquisição de hábitos comportamentais, incluindo, os de saúde bucal. Nesse sentido, o conhecimento dos fatores associados à gengivite permite o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde com intuito de minimizar a ocorrência da doença e seu impacto social em termos de qualidade de vida (7,8).

O objetivo desse estudo é avaliar a prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de adolescentes de Santa Maria-RS.

## METODOLOGIA

Esta coorte foi conduzida com escolares da cidade de Santa Maria. Esta cidade apresentava uma população estimada de 261.031 habitantes, incluindo 3.817 escolares com 12 anos de idade no *baseline* em 2012 (9).

A amostra inicial consistiu de 1.134 crianças de escolas públicas. O processo de seleção dos participantes se deu por conglomerado em duplo-estágio (5). O primeiro estágio consistiu em vinte escolas (de um total de 39 escolas públicas) selecionadas nas cinco regiões administrativas da cidade (centro, sul, leste, oeste e norte). As escolas foram selecionadas através de sorteio ponderado considerando também o porte populacional de cada região. Para o segundo estágio, os escolares de 12 anos de idade foram convidados a participar do estudo. Os escolares que retornaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelos pais/responsáveis compuseram a amostra. Aproximadamente após dois anos, os escolares foram reavaliados seguindo a mesma metodologia utilizada em 2012.

### Coleta de dados

Variáveis clínicas, variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, raça/etnia, renda familiar mensal, aglomeração familiar, educação materna e paterna) e questões subjetivas como a auto-percepção foram coletadas. Não foram incluídos nessa pesquisa indivíduos com incapacidade mental que apresentavam dificuldades para responderem as perguntas, com deformidades faciais congênitas ou síndromes pela possibilidade de confundimento nas respostas relacionadas à auto-percepção individual e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (10).

As variáveis clínicas foram coletadas através de exames bucais realizados nas escolas dos adolescentes, sob iluminação natural, espelho bucal plano e sonda periodontal (11). Sangramento gengival, principal desfecho do estudo, foi coletado em 6 sítios por dente (mésio- vestibular, médio-vestibular, disto- vestibular, mesio-lingual, médio- lingual e disto-lingual) através do Community Periodontal Index criteria (CPI) (11). Os adolescentes que apresentaram 15% ou mais de sítios sangrantes foram categorizados com gengivite (<15%=saudável; ≥15%=gengivite) (12).

Placa dentária e cálculo dentário foram avaliados como presentes ou ausentes em cada sítio. Dados sobre a cárie dentária foram coletados através do Índice de Superfícies dos dentes permanentes cariadas, perdidas e obturadas (CPO-S)(13). A prevalência de cárie dentária não tratada foi avaliada pelo componente “C” do CPO-S (C> 0). A prevalência de maloclusão foi

avaliada segundo o Dental Aesthetic Index (DAI) (14) e dicotomizada como “presente” (aqueles com escore de DAI > 25 pontos) ou “ausente” (DAI ≤ 25).

Características socioeconômicas e demográficas foram coletadas por meio de um questionário estruturado enviado e respondido pelos pais/responsáveis dos escolares 13 variáveis coletadas foram: sexo, raça/etnia, renda mensal, educação materna e paterna e aglomeração familiar. A variável raça/etnia foi respondida como: “branca, negra, mulato, oriental, índio” segundo critério do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (9) e, posteriormente, dicotomizada em brancos e não brancos.

Renda familiar foi coletada através de Salários Mínimos Brasileiros recebidos no último mês, que no período do estudo correspondeu a R\$ 622,00 em 2012 e R\$ 724,00 em 2014. Aglomeração familiar foi calculada dividindo-se o número de pessoas que moram na casa, no período do estudo, pelo número de cômodos. Escolaridade materna e paterna foram dicotomizadas em ter 8 anos completos do ensino fundamental ou não ter, correspondente ao ensino primário no Brasil. A variável religiosidade foi coletada por meio de cinco perguntas que mensuravam a frequência e o tempo dos responsáveis dedicado à atividades religiosas. O desfecho foi avaliado da mesma forma tanto no primeiro quanto no segundo exame. Tanto as variáveis clínicas, quanto as variáveis socioeconômicas e demográficas foram coletadas da mesma forma nos dois levantamentos epidemiológicos (2012 e 2014).

#### Treinamento e calibração

Os dados foram coletados através de exames bucais realizados por quatro examinadores e por questionários feitos face à face que foram aplicados por três entrevistadores treinados. Os examinadores foram previamente treinados e calibrados para os exames clínicos, em um total de 36 horas. O treinamento consistiu em 8 horas de aulas teóricas. Na segunda sessão, houve 8 horas de verificação dessas informações clínicas em 10 crianças. Por último, 20 crianças foram examinadas pelo mesmo examinador duas vezes com um período de duas semanas de intervalo entre as avaliações num total de 10 horas. Foram realizados exames clínicos, calibragem propriamente dita e discussão de casos (15), com 20 adolescentes que não foram incluídos na amostra. Todo o treinamento foi conduzido por um pesquisador experiente. Os exames consistiram na avaliação de cárie dentária, má oclusão, índice placa visível e índice de sangramento gengival, segundo critérios padrões de levantamentos de saúde bucal da OMS (11).

#### Análise Estatística

Os dados foram analisados através do software STATA 14.0 (Stata Corporation; CollegeStation, TX, USA). Análises descritivas foram usadas para fornecer estatísticas das características demográficas, clínicas e socioeconômicas, bem como a prevalência de gengivite na amostra. As associações entre variáveis clínicas e socioeconômicas da amostra no *baseline* com a prevalência de gengivite no *follow-up* foram avaliadas utilizando modelos de Regressão de Poisson uni e multivariado. O método *Backward* foi utilizado para seleção de variáveis no modelo de regressão. Variáveis com valores de  $p \leq 0,20$  foram incluídas no modelo multivariado; essas variáveis foram mantidas no modelo final se estivessem o valor de  $p \leq 0,05$ . As variáveis ‘raça’ e ‘presença de placa’ foram mantidas no modelo final independente de seu valor de  $p$ . As análises também foram ajustadas pela presença de gengivite no *baseline*.

#### Aspectos éticos

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, tanto no ano de 2012, quanto no ano de 2014. As permissões, da Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria e das escolas envolvidas, também foram solicitadas nos dois levantamentos.

## RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características da amostra no *baseline* e na segunda avaliação. Em 2012, 1.134 escolares de 12 anos foram avaliados e em 2014, 734 escolares de 14 anos foram reavaliados. A taxa de resposta foi de 65,5% e as perdas ocorreram principalmente, devido à ausência de consentimento dos pais ou pela impossibilidade de localização dos adolescentes na segunda avaliação.

A maioria da amostra foi composta por escolares do sexo feminino, brancos, com renda baixa e com alta aglomeração domiciliar. A maioria dos indivíduos possuíam pais com mais de 8 anos de estudo e que frequentavam a Igreja ou algum centro religioso pelo menos uma vez por semana. Majoritariamente, a percepção dos pais quanto à saúde oral dos filhos foi boa ou excelente. Em relação aos fatores clínicos, a maioria possuía < 15% dos sítios com placa, cálculo e sangramento gengival. Além disso, a maioria não possuía apinhamento dental. Na segunda avaliação, a prevalência de gengivite foi de aproximadamente 28%, e 45,55% da amostra apresentou pelo menos uma superfície dentária com lesão de cárie não tratada.

A tabela 2 apresenta a análise univariada dos fatores do *baseline* que estavam associados à presença de gengivite na segunda avaliação. Adolescentes não brancos apresentaram maior prevalência de gengivite quando comparados aos brancos. Em relação à renda, famílias que recebiam menos de 1,6 salários mínimos obtiveram uma prevalência 60% maior de gengivite. Placa dental foi associada à maior ocorrência de gengivite, assim c 15 presença de cárie dental não tratada.

Renda familiar e cárie dentária não tratada mantiveram-se associadas ao desfecho na análise ajustada (Tabela 3). Além disso, escolares que apresentaram pelo menos 15% de superfícies com sangramento no *baseline* tiveram uma maior prevalência de gengivite em 2014 (RR= 1.58; 95% CI 1.16 – 2.16).

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de escolares de Santa Maria. Nesse estudo, a prevalência de escolares que possuíam pelo menos 15% de superfícies com sangramento gengival manteve-se semelhante no levantamento inicial e no final. As variáveis cárie dentária não tratada e baixa renda familiar também foram fatores relacionados à pior condição de saúde gengival. Outros estudos também avaliaram a influência dos fatores associados à prevalência de gengivite em crianças e adolescentes (16,17,18,19). Porém, não temos conhecimento de nenhum outro que avaliou longitudinalmente a ocorrência de gengivite em escolares nessa faixa etária.

A prevalência de gengivite no follow-up foi de aproximadamente 28%. Outros estudos observaram uma prevalência maior de gengivite quando comparados ao nosso resultado. Chiapinotto, et al (2013) mostraram uma prevalência de gengivite de 78,4%, no entanto, este valor pode estar superestimado uma vez que a presença de pelo menos um sítio sangrante foi considerado gengivite. Outros estudos também encontraram altas prevalências de gengivite entre 59 a aproximadamente 70% (16,18), contudo, alterações visuais foram incorporadas ao critério de gengivite.

Nossos resultados indicaram que cárie dental não tratada esteve associada à maior prevalência de gengivite. Cárie e gengivite compartilham fatores etiológicos comuns, como acúmulo de biofilme e má higiene bucal. Além disso, devido à dificuldade de escovação, a presença de cavidade de cárie dentária não tratada pode levar ao acúmulo de biofilme e este, por sua vez, ocasionar gengivite (20). Entretanto, a presença de biofilme não se manteve associado a prevalência de gengivite no *follow-up* quando ajustado pela presença de

sangramento gengival no *baseline*. Este resultado corrobora estudos prévios que demonstraram que a história pregressa de doença é forte fator de risco para manutenção dos quadros de saúde/doença em populações (21).

Indivíduos com menor renda familiar apresentaram maior ocorrência de gengivite 16 explicação teórica sobre a associação entre condição socioeconômica e gengivite está baseada no efeito da privação material e de vias psicossociais sobre os comportamentos individuais (22). Indivíduos com privação social frequentemente possuem hábitos mais deletérios que podem afetar na saúde bucal pela falta de fontes econômicas (5). Outros estudos estão de acordo com os nossos achados e também, demonstraram a influência de outros indicadores socioeconômicos, como a escolaridade dos pais e a aglomeração familiar (5).

Nossa principal limitação são as perdas de seguimento, as quais são inerentes ao estudo de coorte. Contudo, a taxa de resposta de 65,52% proporcionou uma amostra com características semelhantes em ambas as avaliações. Além disso, nosso estudo avaliou a prevalência de gengivite apenas no *follow-up*, porém, houve o ajuste para a história pregressa de doença, considerando a dependência das medidas de gengivite no estudo. Por fim, nosso delineamento minimizou a possibilidade de causalidade reversa presente em estudos transversais, permitindo uma melhor capacidade de inferência.

## **CONCLUSÃO**

Em conclusão, cárie dentária, condição socioeconômica menos favorecida e história pregressa de doença influenciaram negativamente a prevalência de gengivite em adolescentes. Este conhecimento é fundamental para o planejamento de estratégias de saúde que levem em consideração fatores clínicos e socioeconômicos. Além disso, o presente estudo promove informações para redirecionamento de recursos para saúde pública.

## REFERÊNCIAS

1. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *Journal Periodontology* 1965; 36: 177-87.
2. Lindhe J, Lang NP, Karring T. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*, 5ª edição. Oxford, UK, 2010.
3. Thomson WM, Sheiham A, Spencer SJ. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontology* 2012; 60: 54-63.
4. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2011.
5. Tomazoni F et al. The associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren. *Journal of Public Health Dentistry* 2016.
6. Trombelli L, Farina R, Manfrini R, Tatakis DN. Modulation of Clinical Expression of plaque-induced gingivitis: Effect of incisor crown form. *Journal of Periodontology*; 2004 83:9:728-731.
7. Tomazoni F, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, Rosa GN, Del Fabro JP, Ardenghi TM. Association of Gingivitis With Child Oral Health–Related Quality of Life. *Journal of Periodontology* 2014 ; 85:11.
8. Fernandes LS, Peres MA. Association between primary dental care and municipal socioeconomic indicators. *Rev Saude Publica* 2005; 39:6.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade – Santa Maria RS 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=431690&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431690&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc)>. [Acesso em: 03novembro2016.]
10. Leão AT, Locker D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: Antunes, J.L.F.; Peres, M.A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
11. World Health Organization. *Oral health survey: basic methods*. 4<sup>th</sup> Ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
12. ADA. *Acceptance Program Guidelines - Toothbrushes*: American Dental Association. 1998.

13. WHO. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. In. Geneva, Switzerland World Health Organization; 2003.
14. Jenny, J; Cons, N. Establishing malocclusion severity levels on the Dental Aesthetic Index (DAI) scale. *Aust Dent J* 1996; 41:43-46.
15. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17:153–9.
16. Rodan R, Khlaifat F, Smadi L, Azab R, Abdalmohdi A. Prevalence and severity of gingivitis in school students aged 6-11 years in Tafelah Governorate, South Jordan: results of the survey executed by National Woman’s Health Care Center. *BMC Research Notes*,2015; 8:662.
17. Chiapinotto FA et al. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian Schoolchildren. *Journal of Public Health Dentistry*; 2013; 73:9-17.
18. Sharva V et al. Prevalence of Gingivitis among children of urban and rural areas of Bophal District, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*; 2014; 8:52-54.
19. Antunes JLF, Peres MA, Frias AC, Crosato EM, Biazevic MGH. Saúde gengival de adolescentes e a utilização de serviços odontológicos, Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 42: 191 – 199, 2008.
20. Cortellazzi K et al. Risk indicators of gingivitis in 5-years old brazilian children. *Oral Health & Preventive dentistry* 2008;. 6:131-137.
21. Lang, Shätzle, Loe. Gingivitis as a risk factor in periodontal disease. *J Clin Periodontol*; 2009; 36:10:3-8.
22. Lynch JW et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*; 2000; 320: 1200-4.

**Tabela 1.** Características dos indivíduos de uma amostra de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Variáveis	Baseline <i>n</i> (%)	Acompanhamento <i>n</i> (%)
Sexo		
Feminino	610 (53.79)	391 (52.62)
Masculino	524 (46.21)	352 (47.38)
Raça		
Branco	863 (76.10)	574 (77.25)
Não branco	271 (23.90)	169 (22.75)
Renda familiar		
≥ 1.6 salários mínimos	556 (53.67)	372 (69.02)
< 1.6 salários mínimos	480 (46.33)	167 (30.98)
Aglomeracão domiciliar		
1 cômodo ou mais/pessoa	339(31.33)	240(40.47)
Menos de 1 cômodo/pessoa	743(68.67)	353(59.53)
Escolaridade materna		
≥ 8 anos	702 (64.76)	407 (68.29)
< 8 anos	382 (35.24)	189 (31.71)
Escolaridade paterna		
≥ 8 anos	628 (60.74)	357 (63.07)
< 8 anos	406 (39.26)	209 (36.93)
Religiosidade(frequência de ida à igreja/culto)		
Frequentemente	933 (86.47)	331 (55.35)
Nunca/quase nunca	146 (13.53)	267 (44.65)
Percepção dos pais quanto à saúde dos filhos		
Excelente/boa	719 (65.13)	411 (67.82)
Regular/ruim	385 (34.87)	195 (32.18)
Placa dental		
< 15% superfícies	765 (71.76)	501 (77.88)
≥ 15% superfícies	301 (28.24)	196 (28.12)
Cálculo dental		
< 15% superfícies	1, 115 (98.32)	728 (98.11)
≥ 15% superfícies	19 (1.68)	14 (1.89)
Sangramento gengival		
< 15% sítios	851 (75.04)	535 (72.01)

≥ 15% sítios	283 (24.96)	208 (27.99)
Apinhamento dental		
Sem	681 (60.16)	269 (36.25)
Com	451 (39.84)	473 (63.75)
Cárie não tratada		
Sem	657 (57.94)	412(55.45)
Com	477 (42.06)	331(44.55)

---

\* Média de salário mínimo brasileiro (aproximadamente US\$ 450durante a coleta de dados).

**Tabela 2.** Fatores do baseline associados à gengivite no acompanhamento. Análise não ajustada, Santa Maria – RS, Brasil

<b>Número de dentes com sangramento no acompanhamento</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>RR (CI 95%)*†</b>	<b>Valor de p</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	1	
Masculino	0.88 (0.67 – 1.16)	0,36
<b>Raça</b>		
Branco	1	
Não- branco	1.44 (1.07 – 1.94)	0,02
<b>Renda familiar</b>		
≥ 1.6 salários mínimos	1	
< 1.6 salários mínimos	1.60 (1.20 – 2.13)	<0,01
<b>Aglomeracão domiciliar</b>		
1 cômodo ou mais/pessoa	1	
Menos de 1 cômodo por pessoa	0.69(0.52-0.92)	0,01
<b>Escolaridade materna</b>		
≥ 8 anos	1	
< 8 anos	1.26 (0.95 – 1.67)	0,10
<b>Escolaridade paterna</b>		
≥ 8 anos	1	
< 8 anos	1.24 (0.93 – 1.65)	0,14
<b>Religiosidade (frequência de ida à igreja/culto)</b>		
Frequentemente	1	
Nunca/quase nunca	1.05 (0.70 – 1.59)	0,80
<b>Percepção dos pais quanto à saúde dos filhos</b>		
Excelente/boa	1	
Regular/ruim	1.29 (0.98 – 1.71)	0,07
<b>Placa dental</b>		
< 15% superfícies	1	
≥ 15% superfícies	1.70 (1.28 – 2.25)	<0,01
<b>Cálculo dental</b>		
	1	

< 15% superfícies	1.81 (0.85 – 3.85)	0,12
≥ 15% superfícies		
<b>Apinhamento dental</b>		
Sem	1	
Com	0.95 (0.72 – 1.26)	0,72
<b>Cárie não tratada</b>		
Sem	1	
Com	1.63 (1.24 – 2.14)	<0,01

\*Razão de taxa (razão da media aritmética) determinada pela Análise de Regressão de Poisson

<sup>†</sup>RR (CI 95%): Risco relativo com intervalo de confiança de 95%.

**Tabela 3.** Fatores do baseline associados ao número de dentes com sangramento gengival no acompanhamento. Análise não ajustada, Santa Maria – RS, Brasil

<b>Número de dentes com sangramento gengival no acompanhamento.</b>		
<b>Variáveis</b>	<b>RR (CI 95%)*<sup>†</sup></b>	<b>Valor de p</b>
<b>Raça</b>		
Branco	1	
Não- branco	1.29 (0.94 – 1.78)	0,11
<b>Renda familiar</b>		
≥ 1.6 salários mínimos	1	
< 1.6 salários mínimos	1.41 (1.04 – 1.91)	0,03
<b>Placa dental</b>		
< 15% superfícies	1	
≥ 15% superfícies	1.33 (0.98 – 1.82)	0,07
<b>Sangramento gengival no baseline</b>		
< 15% sítios	1	
≥ 15% sítios	1.58 (1.16 – 2.16)	<0,01
<b>Cárie não tratada</b>		
Sem	1	
Com	1.38 (1.03 – 1.86)	0,03

\*Razão de taxa (razão da media aritmética) determinada pela Análise de Regressão de Poisson

<sup>†</sup>RR (CI 95%): Risco relativo com intervalo de confiança de 95%.

### 3 CONCLUSÃO

Fatores como cárie dentária não tratada, condição socioeconômica menos favorecida e presença de sangramento gengival no *baseline* influenciaram a prevalência de gengivite em adolescentes no acompanhamento. Estes resultados são de extrema relevância para proporcionar ao município a criação de políticas públicas de saúde que visem a prevenção de doença gengival desde a infância, pois nesta faixa etária ocorre a formação dos hábitos desses indivíduos. Deste modo, na vida adulta estes escolares possivelmente apresentem melhores condições de saúde bucal, evitando assim, as consequências geradas pela gengivite ao longo do tempo.

**REFERÊNCIAS**

LINDHE J., LANG N.P., KARRING T. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral**, 5ª edição. Oxford, UK, 2010.

LÖE H., THEILADE E., JENSEN S.B. Experimental gingivitis in man. **Journal Periodontology**, n. 36, p 177-87, 1965.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2010- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2011.

PAGE R.C., SCHROEDER P.R. Patogenesis of inflammatory periodontal disease. **Laboratory Investigation**, v. 33, n.3, p. 235-49.

## ANEXO A – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO

### INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP ([leia mais](#)).

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

#### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em

nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.  
 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.  
 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.  
 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.  
 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### 6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que

determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

## **7. AGRADECIMENTOS**

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. NOMENCLATURA**

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA EDUCAÇÃO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA EDUCAÇÃO

Santa Maria, 18 maio de 2011

OF. Nº. 223/11

Senhor(a) Presidente:

A Secretaria de Município de Educação vem firmando parcerias com as Instituições de Ensino Superior (IES) e uma dessas Instituições é a Universidade Federal de Santa Maria. A principal atividade que se efetiva a parceria é através de ações voltadas à Pesquisa que vem mostrando as possibilidades de uma articulação cada vez maior da Universidade com a Comunidade.

Neste sentido, autorizamos as alunas Renata Saraiva Guedes e Bruna Buzzatti, vinculadas ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas – UFSM, sob orientação do prof. Dr. Thiago Machado, a desenvolver a Pesquisa: IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ESCOLARES DE 12 ANOS.

A pesquisa visa avaliar o efeito de diferentes condições bucais e condições psicossociais e a associação entre condições socioedemográficas e estado de saúde bucal na auto-percepção de saúde e qualidade de vida de escolares. Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,



Prof. Dr. João Luiz de Oliveira Roth  
Secretário de Município da Educação  
Portaria 0747/2010

Comitê de Ética em Pesquisa  
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM  
Santa Maria/RS

Rua Ângelo Uglione, nº 1515 - CEP: 97.010-570 - Telefone: 55 3222.3401 - FAX: 55 3223.3770  
educação@santamaria.rs.gov.br

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

### CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de escolares de 12 anos

**Número do processo:** 23081.007764/2011-30

**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0127. 0.243.000-11

**Pesquisador Responsável:** Thiago Machado Ardenghi

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

#### Agosto / 2012- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:** 14/06/2011

Santa Maria, 15 de junho de 2011



Félix A. Antunes Soares  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM  
Registro CONEP N. 243.

## APÊNDICE A – FICHA DO EXAME CLÍNICO

**FICHA EXAME**

EXAMINADOR  ANOTADOR

NOME \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO (M) (F) TELEFONE \_\_\_\_\_

DATA EXAME: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ESCOLA \_\_\_\_\_ TURNO (M) (T)

CPOS

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

**ESPAÇO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma
Apinhamento na região de incisivos	Espaçamento na região de incisivos	Diastema em milímetros	Desalinhamento maxilar anterior em mm	Desalinhamento mandibular anterior em mm	12 anos

**DAI** (12 e 15 a 19 anos)

**DENTIÇÃO**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>S</b>	<b>I</b>		Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	Mordida aberta vertical anterior em mm	Relação molar ântero-posterior	12 11 21 22

PLACA VISÍVEL / CÁLCULO

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

SANGRAMENTO

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<input type="checkbox"/>													
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Muito obrigado por participar desta pesquisa! Estas perguntas são muito importantes para melhor conhecer a saúde de seu filho. Por favor, tente responder todas as perguntas! Qualquer dúvida, entre em contato conosco pelos telefones: Fernanda – 99223715 (vivo); Fernanda – 99915409 (vivo); Yassmín - 97111754 (vivo).

1) Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

2) Telefone: \_\_\_\_\_

3) Sexo: F ( ) M ( )

4) Você considera seu filho(a) da raça:

( ) branca ( ) negra ( ) mulato ( ) outro (oriental, índio)

5) No mês passado, quanto receberam em Reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa? (incluindo valores de salários, bolsa família, pensão, aposentadoria e outros rendimentos) \_\_\_\_\_

7) Quantos cômodos tem a casa (exceto banheiro)? \_\_\_\_\_

8) Quantas pessoas, incluindo o Sr(a), moram na casa? \_\_\_\_\_

9) O pai trabalha? ( ) sim ( ) não

10) A mãe trabalha? ( ) sim ( ) não

11) A mãe estudou até: ( ) não estudou; ( ) 1º grau incompleto; ( ) 1º grau completo; ( ) 2º grau incompleto; ( ) 2º grau completo; ( ) 3º grau incompleto; ( ) 3º grau completo

12) O pai estudou até: ( ) não estudou; ( ) 1º grau incompleto; ( ) 1º grau completo; ( ) 2º grau incompleto; ( ) 2º grau completo; ( ) 3º grau incompleto; ( ) 3º grau completo

14) Quantas vezes ao dia seu filho(a) escova os dentes:

( ) não escova ( ) menos de uma vez ao dia (escova somente alguns dias)

( ) 1 vez por dia ( ) 2 vezes por dia ( ) Três vezes ou mais que três vezes por dia.

15) Seu filho(a) procurou o dentista nos últimos 6 meses? S ( ) N ( )

16) Quando foi a última visita ao dentista? ( ) até 3 meses ( ) 3 a 6 meses

( ) 6 meses a 1 ano ( ) mais que 1 ano ( ) nunca visitou;

17) Motivo da última consulta:

( ) dor de dente;

( ) dor na boca

( ) batidas e quedas

( ) exame e rotina

( ) outros: \_\_\_\_\_

**18) Tipo de serviço que você levou seu filho(a) na última consulta:**

- ( ) dentista particular  
( ) dentista público (posto de saúde, faculdade, escola)

**APÊNDICE D –PERGUNTAS SOBRE ESPIRITUALIDADE**

- 1) Com que frequência você vai à uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
  - a) Mais do que uma vez por semana
  - b) Uma vez por semana
  - c) Duas ou três vezes por mês
  - d) Algumas vezes por ano
  - e) Uma vez por ano ou menos
  - f) Nunca
  
- 2) Com que frequência você dedica seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?
- 3) Mais do que uma vez por semana
- 4) Uma vez por semana
- 5) Duas ou três vezes por mês
- 6) Algumas vezes por ano
- 7) Uma vez por ano ou menos
- 8) Nunca

A sessão seguinte contém frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor anote o quanto cada frase se aplica a você.

3) Em minha vida eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- a) totalmente verdade para mim
- b) em geral é verdade
- c) não estou certo
- d) em geral não é verdade
- e) não é verdade

4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- a) totalmente verdade para mim
- b) em geral é verdade
- c) não estou certo
- d) em geral não é verdade
- e) não é verdade

5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

- a) totalmente verdade para mim
- b) em geral é verdade
- c) não estou certo
- d) em geral não é verdade
- e) não é verdade

