

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

JULIANE KRAMER

PREVALÊNCIA E EXTENSÃO DE CÁRIE CORONÁRIA E RADICULAR EM
ADULTOS E IDOSOS DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL -
RESULTADOS PARCIAIS

Porto Alegre

2016

JULIANE KRÄMER

PREVALÊNCIA E EXTENSÃO DE CÁRIE CORONÁRIA E RADICULAR EM
ADULTOS E IDOSOS DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL -
RESULTADOS PARCIAIS

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: Prof^a Dr^a Juliana Jobim
Jardim

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Krämer, Juliane

Prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em adultos e idosos de porto alegre, rio grande do sul, brasil - resultados parciais / Juliane Krämer. -- 2016.

30 f.

Orientador: Juliana Jobim Jardim.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Cárie coronária. 2. Cárie radicular. 3. Epidemiologia. 4. Prevalência. I. Jobim Jardim, Juliana, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que ao longo de toda a trajetória contribuíram de alguma forma para que eu chegasse até aqui.

Em primeiro lugar a Deus por ter me iluminado e me guiado por todos os caminhos que percorri.

À minha mãe que me deu a vida, me fez persistir nos momentos mais difíceis fazendo eu acreditar que era capaz e que era possível alcançar meu sonho.

Aos meus familiares que estiveram ao meu lado acompanhando e torcendo pelo meu sucesso.

A toda minha história de entrada no LABIM, inicialmente como bolsista voluntária proporcionado pelo professor Rodrigo Arthur e posteriormente às bolsas de monitoria e iniciação científica proporcionadas pelas professoras Marisa Maltz e Juliana Jobim e consequente entrada na pesquisa aqui apresentada.

Agradeço especialmente a professora Juliana Jobim pela orientação desse trabalho, além do especial carinho ao longo da graduação.

Aos colegas de pesquisa, Cristina Izquierdo, Ricardo Costa, Fernando Rios, Bárbara Christofoli, Guilherme Denadai, Joseane Goergen e Tassiane Wagner pelo companheirismo e amizade ao longo desse tempo.

Ao Maurício Moura que prontamente me ajudou e compartilhou seus conhecimentos e atenção pra formulação desse trabalho.

Agradeço ainda aos meus amigos do grupo “Núcleo” por me proporcionarem carinho e momentos de descontração ao longo desses anos.

Por fim as amizades conquistadas na graduação, que acima de tudo me auxiliaram a ultrapassar os momentos de dificuldade, proporcionando momentos inesquecíveis e me fazendo acreditar que juntos somos capazes de alcançar aquilo que almejamos.

RESUMO

KRÄMER, Juliane. **Prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em adultos e idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil - Resultados parciais.** 2016. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Alguns estudos têm indicado uma alta prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em adultos e idosos. Porém, considerando o envelhecimento populacional e os novos padrões de doença cárie, ainda são necessários estudos que demonstrem se esta condição é, de fato, um problema proeminente. O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em uma amostra urbana de adultos e idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Este estudo transversal trata-se de um levantamento epidemiológico realizado entre 2015 e 2016 que incluiu 176 indivíduos a partir de 35 anos de idade de um estudo conduzido em 2011. Questionários registraram dados sociodemográficos. Exames bucais avaliaram recessão gengival e cárie coronária e radicular. Estimativas para cárie dentária foram reportadas como média e intervalo de confiança de 95% (95% IC). Comparações pareadas das estimativas cruas foram executadas usando o teste de Wald. A prevalência de cárie coronária e radicular foi 100% e 57,95% (IC 95% 50,59-65,31) respectivamente. O CPO-D médio de cárie coronária foi 20,19 (IC 95% 19,45-20,94) e o CO-D de cárie radicular foi 1,51 (IC 95% 1,21-1,82). O Índice de cárie radicular foi 16,36% (IC 95% 13,41-19,30). Os valores de CPO-D foram significativamente maiores nos indivíduos a partir de 60 anos de idade quando comparados aos grupos etários mais jovens ($P < 0,05$). O número de dentes cariados reduziu significativamente a partir dos 45 anos de idade ($P < 0,05$). O número de dentes perdidos aumentou significativamente nos indivíduos a partir de 60 anos de idade ($P < 0,05$). O presente estudo revelou altas taxas de cárie coronária e radicular na população adulta e idosa de Porto Alegre. Sugere-se que políticas públicas em saúde bucal incluam ações preventivas e curativas direcionadas aos indivíduos a partir de 35 anos de idade.

Palavras chaves: Cárie coronária. Cárie radicular. Epidemiologia. Prevalência.

ABSTRACT

KRÄMER, Juliane. **Prevalence and extent of coronal and root caries in adults and elderly in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil :- Parcial results.** 2016. 30 p. Final paper (Graduation in Dentistry) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Some studies have indicated a high prevalence and extension of coronal and root caries in adults and the elderly. However, considering both population aging and new caries disease patterns, studies are still needed to demonstrate if this condition is, in fact, a prominent problem. The aim of the present study was to estimate the prevalence and extent of coronal and root caries in an urban sample of adults and the elderly from Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. This cross-sectional study is an epidemiological survey conducted between 2015 and 2016 that included 176 individuals aged 35 years of age from a study conducted in 2011. Questionnaires recorded sociodemographic data. Oral examination assessed gingival recession and coronal and root caries. Estimates of coronal and root caries were reported as means and 95% confidence intervals (95% CIs). Pair-wise comparisons of crude estimates were performed using the Wald test. The prevalence of coronal and root caries was 100% and 57.95% (IC 95% 50,59-65,31), respectively. The coronal DMF-T was 20.19 (IC 95% 19,45-20,94) and the root DF-T was 1.51(IC 95% 1,21-1,82). The root caries index was 16.36%(IC 95% 13,41-19,30). The DMF-T values were significantly higher in individuals 60 years and older compared to the younger age groups ($P<0.05$). The number of decayed teeth decreased significantly among individuals 45 years and older ($P<0.05$). The number of missing teeth increased significantly among individuals 60 years and older ($P<0.05$). The present study revealed high rates of coronal and root caries in the adult and elderly population of Porto Alegre. It could be suggested that public oral health policies prioritize preventive and curative actions targeting individuals 35 years and older.

Keywords: Coronal caries. Root caries. Epidemiology. Prevalence.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização da amostra de acordo com a idade, sexo e nível educacional	15
Tabela 2 - Extensão e prevalência de cárie coronária de acordo com a idade	15
Tabela 3 - Extensão e prevalência de cárie radicular de acordo com a idade	16

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	10
3	MATERIAIS E MÉTODOS	11
3.1	PLANO AMOSTRAL	11
3.1.1	Origem	11
3.1.2	População alvo	11
3.1.3	Crítérios de inclusão e exclusão da amostra	11
3.2	COLETA DE DADOS DO ESTUDO DE PORTO ALEGRE- 2016	12
3.2.1	Entrevista.....	12
3.2.2	Exame Clínico.....	12
3.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	13
4	RESULTADOS	14
5	DISCUSSÃO	17
6	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	21
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	24
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO	25
	ANEXO B - FICHA CLÍNICA	28
	ANEXO C – ADENDO AO PROJETO DE PESQUISA NA COMISSÃO DE PESQUISA DE ODONTOLOGIA	30

1 INTRODUÇÃO

Considerando que a expectativa de vida brasileira aumentou de 68,6 para 75,2 anos entre o período de 2000 a 2014, bem como as taxas de natalidade e mortalidade reduziram significativamente, uma maior representatividade de adultos e idosos na população como um todo pode ser observada. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), 4,7% da população brasileira era composta por idosos em 1960. Após duas décadas, esse número progrediu para 6,2% e, em 2011, atingiu 12,1%, o que equivale a 23,5 milhões de pessoas. Mantidas as tendências atuais, a projeção para 2050 é de que a proporção de idosos no país evolua para 30%.

O envelhecimento populacional tem sido acompanhado por uma maior permanência dos dentes na boca até idades mais avançadas (PERES, 2013). Em consequência, torna-se evidente o advento de, por exemplo, doenças crônicas orais em detrimento a doenças infectocontagiosas (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004). Dentre os problemas orais que compreendem adultos e idosos, a cárie dentária apresenta-se como uma condição altamente prevalente, bem como a doença periodontal e o câncer bucal (CARVALHO et al., 2010; MARCENES et al., 2013).

A cárie dentária é uma doença crônica multifatorial que resulta de um processo de desmineralização e destruição dos tecidos dentários. Ela ocorre devido à interação de três fatores principais que são microrganismos, susceptibilidade dentária e dieta. Ainda, é importante considerar os fatores extrínsecos ao indivíduo, tais como a estrutura sociocultural a qual ele está inserido (HOLST et al., 2001). Em relação aos fatores intrínsecos ao indivíduo, o fluxo, a composição e a capacidade tampão da saliva, bem como os aspectos hereditários e imunológicos, podem interferir no desenvolvimento da cárie dentária (LIMA, 2007). Na população adulta e idosa, a cárie dentária comumente se estabelece tanto em superfícies coronárias como em superfícies radiculares.

A literatura tem dispensado uma grande atenção à prevenção, diagnóstico, tratamento, e epidemiologia da cárie coronária em crianças e adolescentes. De acordo com pesquisas de base populacional de diferentes partes do mundo, é evidente um declínio da experiência de cárie coronária em indivíduos aos 12 anos de idade ou mais jovens (ALVES, et al., 2014). Em relação à população adulta e idosa, evidências epidemiológicas são mais restritas. A cárie coronária afeta praticamente 100% dos adultos e idosos tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (MARCENES et al., 2013; BERNABÉ;

SHEIHAM, 2014)). Em contrapartida, a cárie coronária varia entre diferentes partes do mundo, bem como entre as mesmas regiões (PETERSEN et al., 2005; PETERSEN et al., 2010; BERNABÉ; SHEIHAM, 2014). No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil) realizada em 2010, foi observado um CPO-D para adultos aos 35-44 e 65-74 anos de idade de 16,7 e 27,5, respectivamente. Quando comparado ao ano de 2003, os valores de CPO-D previamente descritos são menores, e uma redução considerável no componente perdido e um aumento no número de dentes obturados são revelados. Uma das grandes questões, no momento, é avaliar o quanto a cárie coronária manifesta-se em adultos e idosos que vem apresentando um maior número de dentes em boca e uma maior quantidade de superfícies restauradas.

Considerando o atual envelhecimento populacional, a maior retenção de dentes em boca no decorrer da idade, bem como uma alta prevalência de recessão gengival (RIOS et al., 2014), a cárie radicular vem sendo apontada como um potencial problema de saúde pública (MOURA, 2011). A recessão gengival caracteriza-se pelo posicionamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte, expondo a superfície radicular e, conseqüentemente, causando um comprometimento estético (SMITH, 1997; KASSAB, 2003) e aumento da susceptibilidade à cárie radicular (LAWRANCE, 1995). A cárie de superfície radicular apresenta um padrão de desenvolvimento semelhante a cárie coronária, considerando que os principais fatores de risco são exposição da superfície radicular ao meio bucal, controle de placa deficiente e dieta cariogênica (RITTER; SHUGARS; BADER, 2010). Segundo Fejerskov e Kidd (2008), a região de cimento quando exposta, se comparada ao esmalte dentário, representa um local de retenção bacteriana particular na cavidade bucal e de progressão da lesão de forma mais rápida por ser uma superfície irregular e com menor quantidade mineral.

Sob o ponto de vista epidemiológico, estudos realizados em países como Tailândia, China, Grécia, Inglaterra, Alemanha e Sri Lanka apresentaram valores de prevalência e extensão de cárie radicular conflitantes (NICOLAU; SRISILAPANAN; MARCENES, 2000; STEELE et al., 2001; SPLIETH et al., 2004; KULARATNE; EKANAYAKE, 2007; DU et al., 2009; MAMAI-HOMATA et al., 2012). A prevalência de cárie radicular variou ente 10% e 89,7%, bem como um CO-D variando entre 0,1 e 3,8 foi observado. No Brasil, 16,7% dos indivíduos aos 35-44 anos de idade apresentaram cárie radicular (MARQUES et al., 2013). Em relação aos idosos aos 65-74 anos de idade, a prevalência foi 13,6%. (BRASIL, 2010). Alguns estudos têm indicado uma alta prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em adultos e idosos. Porém, considerando o envelhecimento populacional e os novos padrões

de doença cárie, ainda são necessários estudos que demonstrem se esta condição é, de fato, um problema proeminente.

Perante um cenário mundial de envelhecimento populacional, o estudo da cárie coronária e radicular fornece e fortalece substratos para a implementação de medidas preventivas para o controle da doença cárie em populações cuja tendência é apresentar um número cada vez maior de dentes em boca até idades mais avançadas.

2 OBJETIVO

Estimar a prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em uma amostra urbana de adultos e idosos de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo transversal de base populacional compreendeu dados parciais provenientes do “Estudo Longitudinal de Colaboração Cariologia-Periodontia” que vem sendo realizado desde o ano de 2015 em uma população urbana do sul do Brasil. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (19794/11). Todos participantes receberam por escrito e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido precedendo as entrevistas e exames clínicos. Ao final de cada exame clínico, os participantes receberam um relatório escrito referente às suas necessidades de tratamento odontológico.

3.1 PLANO AMOSTRAL DO ESTUDO

3.1.1 Origem

A presente investigação está vinculada a um levantamento epidemiológico delineado pelo grupo de pesquisa de Cariologia e Periodontia em 2011, que objetivou avaliar diferentes desfechos clínicos (cárie coronária e radicular, erosão dentária, recessão gengival, gengivite, hipersensibilidade dentinária e perda dentária) em adultos e idosos (idade ≥ 35 anos) residentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. No referido levantamento 1.023 pacientes foram examinados e constituíram uma amostra representativa da população de Porto Alegre. Detalhes referentes ao plano amostral já foram previamente reportados (COSTA et al., 2013).

3.1.2 População alvo

A população alvo do presente estudo foi indivíduos de ambos os sexos que já tenham participado do levantamento epidemiológico inicial (2011).

3.1.3 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Indivíduos incluídos no levantamento epidemiológico de 2011, após terem lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), foram considerados elegíveis para constituírem a amostra inicial. Não participaram do estudo indivíduos que apresentaram deficit cognitivo incapazes de compreender os questionários ou participar do exame clínico, bem como indivíduos que não tenham participado do levantamento epidemiológico inicial de 2011.

3.2 COLETA DE DADOS DO ESTUDO DE PORTO ALEGRE- 2016

3.2.1 Entrevista

O trabalho de campo foi conduzido por sete pesquisadores e três assistentes. Um dia anterior à coleta de dados, dois pesquisadores visitaram o setor selecionado para convidar os residentes a participar novamente do estudo. Residentes que após a terceira tentativa de convite não atenderam aos pesquisadores foram excluídos. Foi aplicado ao indivíduo um questionário estruturado (Anexo B) referente às características sociodemográficas. Toda a equipe de campo foi previamente treinada para a realização da entrevista. Durante o trabalho de campo, foi realizada uma abordagem teste-reteste para avaliar a confiabilidade do questionário (valores de kappa não ponderados $\geq 0,7$).

3.2.2 Exame clínico

Todos os dados clínicos coletados foram registrados em uma ficha clínica (Anexo 3) por assistentes treinados. Os exames clínicos ocorreram nas residências sob luz artificial e isolamento relativo. Os participantes portaram-se deitados em uma cadeira reclinável. Ainda, foram utilizados espelhos bucais planos, sondas periodontais. Todos os dentes totalmente erupcionados foram avaliados. Cinco examinadores estimaram a recessão gengival, que foi definida como a distância da junção cimento-esmalte até a margem gengival. Na sequência, os participantes foram submetidos à escovação dentária e limpeza interproximal. Após a secagem das superfícies dentárias com rolete de algodão, dois examinadores avaliaram a cárie coronária e radicular de acordo com sua extensão e severidade por meio do exame visual-tátil. Superfícies coronárias e radiculares foram classificadas como hígidas, cariadas, perdidas ou obturadas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008). Superfícies cariadas foram definidas sem cavidade (cárie coronária, esbranquiçada e opaca sem descontinuidade da superfície; cárie radicular, amarelada e opaca sem descontinuidade da superfície) e com cavidade. Lesões sem cavidade com características de inatividade foram registradas, porém não foram levadas em consideração na análise de dados.

A reprodutibilidade intraexaminador e interexaminador para o diagnóstico de cárie dentária foi realizada anterior ao início do estudo, e sua manutenção foi conduzida durante o trabalho de campo por meio de exames repetidos em 5% da amostra dentro de um intervalo de uma semana. Ainda, medidas duplicadas de recessão gengival foram obtidas de 16 pacientes (1.231 sítios) do Departamento de Periodontia e de 42 participantes (2.896 sítios) do estudo anterior e durante o trabalho de campo, respectivamente, em um intervalo de uma semana. O

menor valor do teste Cohen Kappa não ponderado obtido durante a reprodutibilidade intraexaminador e interexaminador para todos os desfechos foi de no mínimo 0,7.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A cárie coronária foi estimada de acordo com: (a) prevalência, a porcentagem de indivíduos apresentando pelo menos um dente cariado, perdido ou obturado; e (b) extensão, o número de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO-D). A cárie radicular foi estimada de acordo com: (a) prevalência, a porcentagem de indivíduos apresentando pelo menos um dente com superfície radicular cariada ou obturada; e (b) extensão, o número de dentes cariados e obturados (índice CO-D), bem como o número de dentes com superfície radicular exposta (recessão gengival ≥ 1 mm) cariada e/ou obturada (índice de cárie radicular [ICR]) (KATZ, 1980).

A idade dos participantes foi categorizada em 35-44, 45-59 e a partir de 60 anos de idade. O nível educacional foi definido de acordo com anos de escolaridade como baixo (0-8 anos), intermediário (9-11 anos) e alto (> 11 anos). A análise de dados foi realizada por meio do pacote estatístico STATA (Stata 11.1 for Windows, Stata Corporation, College Station, Texas, USA). A prevalência e extensão de cárie coronária e radicular foram reportadas como média e intervalo de confiança de 95%. Comparações pareadas das estimativas cruas de acordo com as diferentes faixas etárias foram executadas usando o teste de Wald. O nível de significância adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

Neste estudo de resultados parciais um total de 211 indivíduos foram abordados. Trinta e cinco indivíduos recusaram a participação no estudo. Assim, a amostral totalizou 176 participantes, dentre os quais 59 (33,52%) eram do sexo masculino e 117 (66,48%) do sexo feminino (Tabela 1). Aproximadamente metade da amostra foi composta por indivíduos que apresentavam baixo nível educacional ($n = 81$ [49,43%]).

Figura 1 - Fluxograma

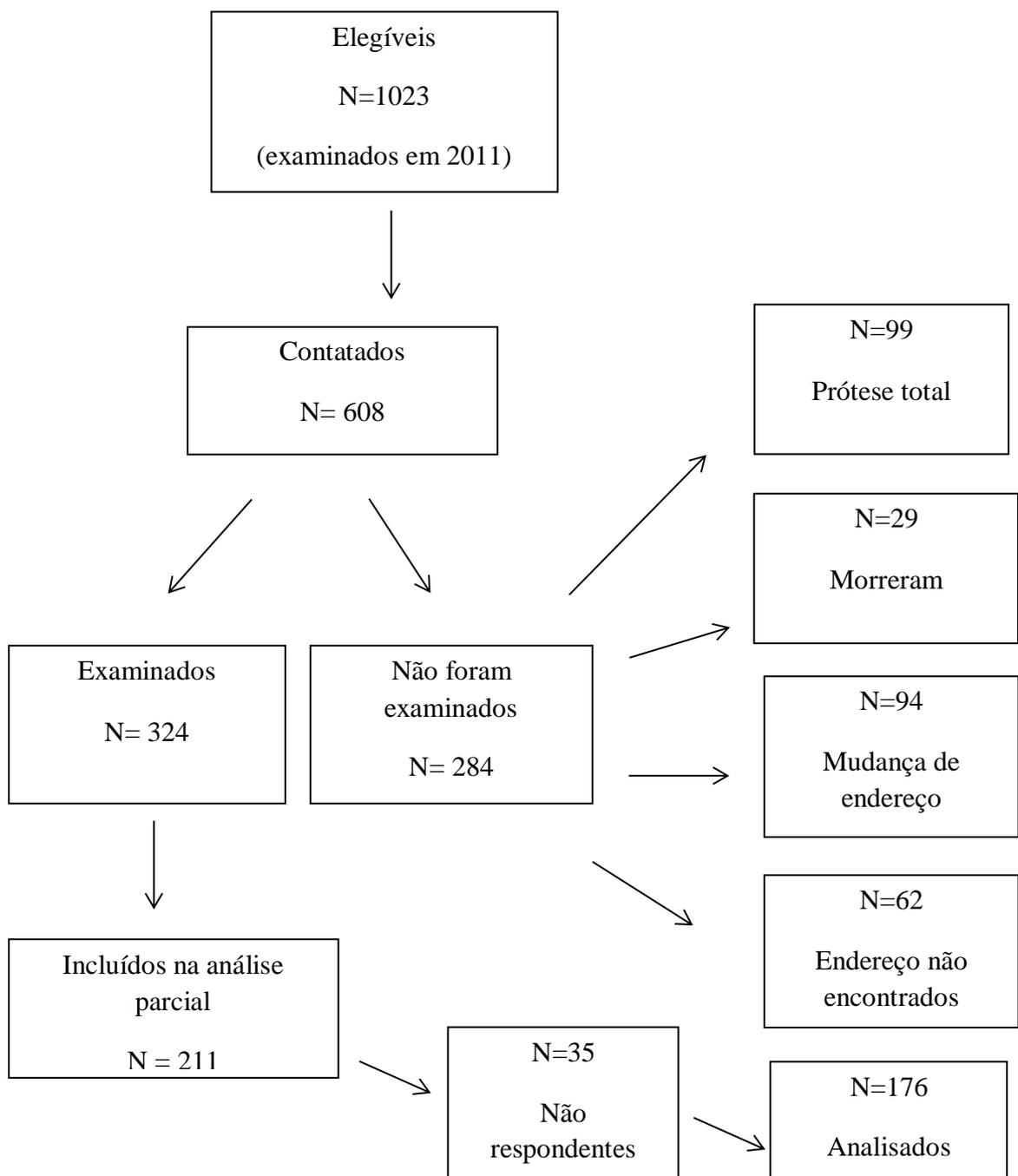


Tabela 1- Caracterização da amostra de acordo com a idade, sexo e nível educacional

Variáveis	Idade (anos)							
	35-44		45-59		≥60		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo								
Masculino	7	11,86	31	52,54	21	35,59	59	33,52
Feminino	15	12,82	57	48,72	45	38,46	117	66,48
Nível educacional								
Baixo	7	8,05	39	44,83	41	47,13	87	49,43
Intermediário	12	19,67	34	55,74	15	24,59	61	34,66
Alto	3	10,71	15	53,57	10	35,71	28	15,91
Total	22	12,50	88	50,00	66	37,50	176	100,00

A amostra total apresentou uma prevalência de cárie coronária de 100%, bem como em todos os grupos etários (Tabela 2). A média geral do CPO-D da amostra foi 20,19 (IC 95% 19,45-20,94). Os valores de CPO-D foram significativamente maiores nos indivíduos a partir de 60 anos de idade quando comparados aos grupos etários mais jovens ($P<0,05$). O número de dentes cariados reduziu significativamente a partir dos 45 anos de idade ($P<0,05$). O número de dentes perdidos aumentou significativamente nos indivíduos a partir de 60 anos de idade ($P<0,05$). O número de dentes obturados permaneceu estável com o decorrer da idade ($P>0,05$).

Tabela 2- Extensão e prevalência de cárie coronária de acordo com a idade^a

Idade, anos	C-D	P-D	O-D	CPO-D	CPO-D>0, %
35-44	5,31 (4,27-6,36) ^a	6,27 (3,75-8,79) ^a	7,40 (5,06-9,75) ^a	17,63 (15,36-19,90) ^a	100,00 ^a
45-59	3,57 (2,96-4,19) ^b	9,05 (7,60-10,50) ^a	7,85 (6,59-9,11) ^a	19,37 (18,38-20,36) ^a	100,00 ^a
≥60	3,01 (2,36-3,66) ^b	13,78 (11,66-15,91) ^b	6,53 (5,08-7,97) ^a	22,15 (21,01-23,09) ^b	100,00 ^a
Total	3,58 (3,16-4,00)	10,48 (9,29-11,66)	7,30 (6,41-8,18)	20,19 (19,45-20,94)	100,00

^aValores de média (intervalo de confiança de 95%).

De acordo com a Tabela 3, a amostra total apresentou uma prevalência de cárie radicular de 57,95% (IC 95% 50,59-65,31). Indivíduos a partir de 60 anos de idade apresentam maior prevalência de cárie radicular quando comparados aos indivíduos mais jovens ($P<0,05$). A média de CO-D e ICR da amostra foi 1,51 (IC 95% 1,21-1,82) e 16,36% (IC 95% 13,41-19,30), respectivamente. Os valores de CO-D, ICR, C-D e O-D aumentaram significativamente a partir dos 45 anos de idade ($P<0,05$).

Tabela 3- Extensão e prevalência de cárie radicular de acordo com a idade^a

Idade, anos	C-D	O-D	CO-D	CO-D>0, %	ICR, % ^b
35-44	0,31 (0,11-0,51) ^a	0,13 (0,01-0,28) ^a	0,40 (0,19-0,62) ^a	40,90 (19,73-62,08) ^a	7,36 (2,88-1,84) ^a
45-59	0,80 (0,54-1,07) ^b	0,71 (0,41-1,01) ^b	1,47 (1,08-1,87) ^b	59,09 (48,68-69,49) ^a	14,90 (11,45-18,34) ^b
≥60	1,06 (0,65-1,46) ^b	0,95 (0,52-1,38) ^b	1,93 (1,34-2,53) ^b	62,12 (50,24-73,99) ^a	21,44 (15,41-27,46) ^b
Total	0,84 (0,63-1,04)	0,73 (0,50-0,95)	1,51 (1,21-1,82)	57,95 (50,59-65,31)	16,36 (13,41-19,30)

^aValores de média (intervalo de confiança de 95%).

^bICR = Índice de cárie radicular.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou dados parciais provenientes de um levantamento epidemiológico sobre prevalência e extensão de cárie coronária e radicular em uma população de adultos a partir de 35 anos de idade da cidade de Porto Alegre, sul do Brasil. Foram constatadas altas taxas de prevalência de cárie dentária, representadas por percentuais de 100% para cárie coronária e aproximadamente 60% para cárie radicular. Considerando uma escassez de estudos de base populacional sobre cárie dentária em adultos e idosos brasileiros, e uma tendência de declínio da cárie coronária, em contrapartida a um aumento de cárie radicular, os resultados deste estudo ressaltam que ainda existe uma grande carga de doença cárie com o decorrer da idade.

Em um estudo transversal de base populacional realizado em 2011 (MOURA et al., 2011), foi encontrada uma prevalência de cárie coronária de 99,73% em adultos a partir de 35 anos de idade, mantendo-se estável com o decorrer da idade. Já a prevalência de cárie radicular observada neste mesmo estudo foi 41,14%, aumentando significativamente nos grupos etários mais avançados. No presente estudo, que utilizou a mesma amostra após 4 anos do primeiro exame clínico, as taxas de prevalência de cárie radicular encontradas foram superiores, enquanto a prevalência de cárie coronária manteve-se 100%. É válido sugerir, baseando-se nos resultados apresentados, que existe uma tendência de aumento da prevalência de cárie dentária na população adulta e idosa de Porto Alegre entre 2011 e 2015. Entretanto, trata-se de uma análise que compreende dados parciais e, devido a isso, exige uma avaliação cautelosa.

Sabe-se que a cárie dentária ainda é um problema importante da maioria dos países em desenvolvimento e que, de acordo com Petersen et al. (2003), é a doença oral mais prevalente nos países da Ásia e da América Latina. Segundo os dados apresentados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010 (BRASIL, 2011), o CPO-D médio nos adultos aos 35-44 anos de idade caiu 17% em relação aos índices de 2003, porém ainda se mantém alto (CPO-D = 16,75). Essa queda percentual salienta uma mudança de percepção da odontologia, que atualmente preconiza por tratamentos preventivos e restauradores em detrimento a tratamentos mutiladores. Tão importante quanto isso é o aumento do componente obturado de 4,22 para 7,33, indicando que a população adulta está adquirindo maior acesso a cuidados terapêuticos. Comparativamente, os indivíduos dos 35-44 anos de idade avaliados no presente estudo apresentaram valores semelhantes ao SB Brasil 2010 para

o componente obturado, ainda que os valores tenham se mantido estáveis nas faixas-etárias analisadas.

O CPO-D médio apresentado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2010 foi 16,75 e 27,53 para os indivíduos aos 35-44 e 65-74 anos, respectivamente. Nos dados de 2011, em Porto Alegre, os valores de CPO-D para 35- 44 anos foram de 15,48 e nos maiores de 60 anos de 21,78. O presente estudo transversal, que obteve informações clínicas no ano de 2016, observou um valor semelhante para o grupo etário mais jovem e um CPO-D 19,54% inferior para os idosos em relação à Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Já em relação aos dados apresentados em 2011 houve um aumento de 1,69% no CPO-D dos idosos. Apesar disso, o CPO-D dos idosos de 22,15 deve ser considerado alto. Constatou-se que o CPO-D a partir dos 60 anos de idade aumentou significativamente em relação às outras faixas-etárias, o que se deve principalmente ao componente perdido, que representa 131, 48% do CPO-D total. Essa faixa da população ainda apresenta altas taxas de dentes perdidos provavelmente por não terem sido favorecidos desde a infância pelos benefícios do acesso à água fluoretada e ao dentifrício fluoretado, nem pela Odontologia moderna, voltada para a prevenção e menos intervencionista.

Considerando que a literatura reporta um envelhecimento populacional acompanhado de uma maior permanência dos dentes em boca, o risco de recessão gengival aumenta significativamente, o que mantém as superfícies radiculares mais tempo expostas ao meio bucal e possibilita o desenvolvimento de lesões de cárie na área radicular (RIOS et al., 2014). Dentre os índices utilizados para a detecção de cárie dentária nas superfícies radiculares, tem-se o índice de cárie radicular (ICR). Este índice baseia-se no pressuposto de que a raiz deva estar exposta ao ambiente bucal para que possa apresentar risco de desenvolver lesão cariiosa, estimando o número de superfícies cariadas e restauradas em relação ao número de dentes com superfícies apresentando recessão gengival. Foram encontrados altos percentuais de ICR no presente estudo, que aumentaram significativamente na população acima de 60 anos. Considerando a presença de biofilme como um dos fatores de risco mais associados à cárie radicular (RITTER; SHUGARS; BADER, 2010) este resultado pode sugerir que idosos apresentam uma dificuldade de higienização e escovação dos dentes com raízes expostas por questões motoras que interfiram na sua realização ou até mesmo pelo desconhecimento do local de desenvolvimento dessas lesões cariosas. Ainda, estudos que investigaram a progressão das lesões de cárie nas populações detectaram que indivíduos em torno de 50 anos de idade possuíam um maior número de dentes com cárie radicular quando comparado a indivíduos mais jovens (MANJI; FEJERSKOV; BAELUM, 1989; LUAN et al., 1989).

Medidas preventivas para cárie radicular devem ser implementadas anteriormente a exposição radicular, ou seja, em idades mais jovens que grupos-etários a partir de 35 anos.

Neste estudo foi encontrado uma alta prevalência de cárie radicular em comparação aos dados do Brasil e de outros países. Uma análise dos dados provenientes do SB Brasil realizada por Peres et al. (2013) revelou que 16,7% dos adultos brasileiros (≥ 35 anos) apresentavam cárie radicular em 2010, sendo que especificamente em Porto Alegre esse valor foi de 6%. Nos idosos (≥ 65 anos) avaliados as taxas reportadas foram 13,6% no Brasil e 14% na cidade de Porto Alegre. Entre 2011-2012, Moura et al. (2014) já observaram que nos idosos o valor foi de 15,60%. O valor encontrado no presente estudo foi de 21,44% de prevalência nos indivíduos maiores de 60 anos. A diferença entre os resultados observados no estudo executado pela equipe da UFRGS e pelo SB Brasil deve-se, possivelmente, a questões metodológicas e de critérios de diagnóstico. Essas questões são a profilaxia prévia realizada para o exame, com escova multicerdas e fio dental, bem como a secagem das superfícies, permitindo maior detecção de lesões incipientes.

O componente cariado do CO-D na superfície radicular aumentou significativamente a partir dos 45 anos de idade. Este achado deve-se ao maior risco de recessão gengival em indivíduos mais velhos, como já reportado (RIOS et al., 2014). No ano de 2010, segundo o Projeto SB Brasil a cárie radicular na faixa etária de 35 a 44 anos foi de 0,3 e para aqueles com mais de 65 anos foi de 0,22. Em Porto Alegre em 2011, para as mesmas faixas de idade, forma encontrados 0,58 e 1,21 respectivamente. Isso se deve provavelmente a condições de exame diferentes, já que no presente estudo os exames foram realizados com escovação prévia o que facilita o diagnóstico e possibilita aumento nas taxas encontradas quando comparada a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal.

Frente a todos os resultados expostos, é necessário que sejam implementadas medidas preventivas para cárie coronária e radicular que alcancem a população adulta e idosa brasileira. Os idosos, principalmente, carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas mutiladoras, gerando um quadro precário de saúde bucal. Eles ainda não se beneficiaram das melhorias do efeito de coorte (melhores condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e produtos fluoretados (PERES et al., 2013). Assim, observa-se um elevado número de dentes perdidos na população idosa, o que eleva as taxas de prevalência e extensão de cárie coronária. A prevenção da cárie radicular também merece direcionamento de esforços, visando principalmente adultos jovens, antes do estabelecimento da recessão gengival.

6 CONCLUSÃO

Este estudo com dados parciais revelou altas taxas de cárie coronária e radicular na população adulta e idosa de Porto Alegre. Os presentes resultados revelam que não houve melhora significativa de condição bucal nessa população entre 2011 e 2016. Por esse motivo, sugere-se que políticas públicas em saúde bucal incluam mais ações preventivas e curativas com maior enfoque na população acima de 35 anos de idade, a fim de minimizar a progressão da doença cárie.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 557-581, set. 2004.
- ALVES, L. S. et al. Tooth loss prevalence and risk indicators among 12-year-old schoolchildren from South Brazil. **Caries Research**, Basel, v. 48, no 4, p. 347-352, 2014.
- BERNABÉ, E.; SHEIHAM, A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. **International Dental Journal**, London, v. 64, no. 5, p. 241-245, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadossobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2016
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 07 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 30 out. 2016.
- CARVALHO, E. S. et al. Epidemiologia das doenças bucais em indivíduos de faixa etária entre 35 e 44 anos: o cenário epidemiológico do trabalhador. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n.1, p. 109-114, jan./mar. 2010.
- COSTA, R .S. A. et al. Prevalence and risk indicators of dentin hypersensitivity in adult and elderly populations from Porto Alegre, Brazil. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 85, no. 9, p. 1247-1258, Sept.2014.
- DU, M. et al. Root caries patterns and risk factors of middle-aged and elderly people in China. **Community Dental Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 37, no. 3, p. 260-266, 2009.
- FEJERSKOV, O.; KIDD, E. **Dental caries: the disease and its clinical management**. Oxford: Blackwell Munksgaard, 2008. Cap 3, p. 44-47.
- HOLST, D. et al. Caries in populations—a theoretical, causal approach. **European Journal Oral Science**, Copenhagen, v. 109, no. 3, p. 43-48, 2001.
- KASSAB, M. M.; COHEN, R. E. The etiology and prevalence of gingival recession. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 134, no. 2, p. 220-225, Feb. 2003.
- KATZ, R. V. Assessing root caries in populations: the evolution of the root caries index. **Journal Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 40, no.1, p. 7-16, 1980.
- KULARATNE, S.; EKANAYAKE, L. Root surface caries in older individuals from Sri Lanka. **Caries Research**, Basel, v. 41, no. 4, p. 252-256, 2007.

- LAWRENCE, H. P.; HUNT, R. J.; BECK, J. D. Three-year root caries incidence and risk modeling in older adults in North Carolina. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 55, no. 2, p.69-78, 1995.
- LIMA, J. E. O. Cárie dentária: um novo conceito. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007.
- LUAN, W. M. et al. Dental caries in adult and elderly Chinese. **Journal Dental Research**, Chicago, v. 68, no. 12, p. 1771-1776, 1989.
- MANJI, F.; FEJERSKOV, O.; BAEUM, V. Pattern of dental caries in an adult rural population. **Caries Research**, Basel, v. 23, no. 1, p. 55-62, 1989.
- MARCENES, W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 7, no. 92, p. 92-97, 2013.
- MARQUES, R. A. A et al. Root caries prevalence and severity in Brazilian adults and elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, Suppl. 3, p. 1-9, 2013.
- MAMAI-HOMATA, E. et al. Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 484, 2012.
- MOURA, S. M. **Cárie coronária e radicular em adultos e idosos**. 2014.133 f. Tese (Doutorado em Cariologia e Dentística) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- NICOLAU, B.; SRISILAPANAN, P.; MARCENES, W. Number of teeth and risk of root caries. **Gerodontology**, Oxford, v. 17, no. 2, p. 91-96, 2000.
- PETERSEN, P. E. Continuous improvement of oral health in the 21th century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. 2003. 45p. Disponível em: <http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf>. Acesso em: 30 de out. 2016.
- PETERSEN, P. E. et al. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 83, no. 9, p. 661-669, 2005.
- PETERSEN, P. E. et al. Global oral health of older people—call for public health action. **Community Dental Health**, London, v. 27, Suppl. 2, p. 257-267, 2010.
- PERES, M. A. et al. Tooth loss in Brazil: analysis of the 2010 Brazilian Oral Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, Suppl. 3, p. 78-89, 2013.
- RIHS, L. B.; DE SOUZA, M. L. R.; WADA, R. S. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 311-316, 2005.
- RIOS, F. S. et al. Estimates and multivariable risk assessment of gingival recession in the population of adults from Porto Alegre, Brasil. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 41, no. 11, p. 1098-1107, Nov. 2014.
- RITTER, A.V.; SHUGARS, D. A.; BADER, J. D. Root caries risk indicators: a systematic review of risk models. **Community Dental Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 38, no. 5, p. 383-397, Oct. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-americana de saúde. 2008. Cap 3, p. 204-207.

SMITH, R. G. Gingival recession: reappraisal of an enigmatic condition and a new index for monitoring. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 24, no. 3, p. 201-205, Mar. 1997.

SPLIETH, C. et al. Prevalence and distribution of root caries in Pomerania, North-East Germany. **Caries Research**, Basel, v. 38, no. 4, p. 333-340, 2004.

STEELE, J. G. et al. Clinical and behavioural risk indicators for root caries in older people. **Gerodontology**, Oxford, v. 18, no. 2, p. 95-101, 2001.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Esta pesquisa está sendo realizada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tem como objetivo determinar as condições de saúde bucal da população adulta e idosa de Porto Alegre, contribuindo para que medidas de prevenção e tratamento de doenças bucais sejam estabelecidas. Todos os indivíduos convidados a participarem deste estudo foram sorteados ao acaso.

Os participantes serão submetidos a uma entrevista sobre dados pessoais e comportamentais, limpeza dos dentes com escova, pasta e fio dental, exame bucal e coleta de saliva, em um único dia, com duração prevista de aproximadamente uma hora. Os possíveis desconfortos associados a esses procedimentos são aqueles decorrentes de um exame odontológico comum. Serão utilizados materiais descartáveis e esterilizados, não havendo danos previstos. Os participantes terão como benefício o acesso ao diagnóstico de qualquer alteração bucal e receberão, posteriormente, um relatório do exame realizado associado a um encaminhamento para tratamento odontológico.

As informações coletadas durante a entrevista e o exame bucal ficarão sob o poder restrito dos pesquisadores, não sendo permitido o acesso por outra pessoa que não o próprio participante ou responsável. Fica, ainda, assegurada a liberdade dos indivíduos de recusarem-se a participar ou retirarem-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga conseqüências aos mesmos.

Toda e qualquer dúvida poderá ser esclarecida pelo pesquisador Maurício dos Santos Moura, que estará à disposição através do telefone (51) 33085193, ou pela orientadora desta pesquisa Prof^a. Dr^a. Marisa Maltz, através do telefone (51) 33085247.

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

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

Data / / Setor censitário REGISTRO Nº

Entrevistador: _____

DADOS PESSOAIS

- 1.1. Nome..... 1.2. Endereço.....
 1.3. Telefone res. ()..... 1.4. Telefone cel. ()..... 1.5. E-mail.....
 1.6. Contato familiar..... 1.7. Telefone res. ()..... 1.8. Telefone cel. ().....
 1.9. Gênero 1 Masculino 2 Feminino 1.10. Data de nascimento / /
 1.11. Idade anos 1.12. Raça 1 Branca 2 Negra/Preta 3 Parda/Mulata 4 Amarela 5 Indígena
 1.13. Estado civil 1 Solteiro(a) 2 Casado(a)/União estável 3 Divorciado(a) 4 Viúvo(a) 5 Outro.....

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

- 2.1. Você é alfabetizado(a)? 1 Sim 2 Não
 2.2. Você estudou até: 1 Nunca estudou 2 1ª a 4ª série do 1º grau 3 5ª a 8ª série do 1º grau 4 2º grau incompleto
 5 2º grau completo 6 3º grau incompleto 7 3º grau completo 8 Pós-graduação

- 2.3. Quantas pessoas, incluindo você, residem nessa casa? 2.4. Acima de 35 anos?
 2.5. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores dessa casa?

Quantos...você possui? (Não possui = 0 / 1 / 2 / 3 / 4 ou mais = 4)

2.6. Aspiradores de pó	2.12. Máquinas de lavar roupas
2.7. Automóveis	2.13. Microondas
2.8. Banheiros	2.14. Rádios
2.9. Computadores	2.15. Refrigeradores
2.10. Empregadas (pagamento mensal)	2.16. Televisores coloridos
2.11. Freezer (considerar um refrigerador duplex)	2.17. Videocassetes / DVDs

- 2.18. No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa?
 1 Até 250 2 251 a 480 3 481 a 1500 4 1501 a 2500 5 2501 a 4500 6 4501 a 9500 7 Mais de 9500 8 Não sabe
 9 Não respondeu

HISTÓRIA MÉDICA

Você apresenta alguma das seguintes doenças? (Sim = 1 / Não = 2 / Não sabe = 3)

3.1. Artrite reumatóide	3.3. Osteoporose	3.5. Doença cardíaca ou arterial
3.2. Diabetes	3.4. Refluxo gástrico	

- 3.6. Você está usando alguma medicação? 1 Sim 2 Não
 3.7. Qual?.....
 3.8. Você tem amigdalite? 1 Nunca 2 Menos de uma vez por ano 3 Uma vez por ano 4 Mais de uma vez por ano

FATORES COMPORTAMENTAIS

- 4.1. Você fuma atualmente? 1 Sim 2 Não
 4.2. Quantos cigarros por dia? 4.3. Há quantos anos?
 4.4. Você fumou anteriormente? 1 Sim 2 Não 4.5. Quantos cigarros por dia?
 4.7. Há quantos anos você parou de fumar? 4.6. Por quantos anos?
 4.8. Você toma chimarrão: 1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Frequentemente

4.9. Você ingere bebidas alcoólicas: 1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Frequentemente

4.10. Qual tipo? 1 Nenhum 2 Cerveja 3 Cachaça 4 Vinho 5 Outro.....

4.11. Quantas doses/copo você ingere por semana?

4.12. Você costuma apertar ou ranger os dentes? 1 Sim 2 Não 3 Não sabe

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

5.1. Com que frequência você escova seus dentes?

1 Nunca escova 2 Menos de uma vez por dia 3 Uma vez por dia 4 Duas vezes por dia 5 Três vezes ou mais por dia

5.2. Qual tipo de escova você usa? 1 Não usa escova 2 Macia 3 Média 4 Dura 5 Não sabe

5.3. Você divide a escova com alguém? 1 Sim 2 Não

5.4. Com que frequência você limpa entre seus dentes?

1 Nunca limpa 2 Menos de uma vez por dia 3 Uma vez por dia 4 Duas vezes por dia 5 Três vezes ou mais por dia

5.5. O que você usa para limpar entre seus dentes?

1 Nada 2 Palito de dentes 3 Fio dental 4 Outros.....

5.6. Com que frequência você limpa a língua?

1 Nunca limpa 2 Menos de uma vez por dia 3 Uma vez por dia 4 Duas vezes por dia 5 Três vezes ou mais por dia

5.7. O que você usa para limpar a língua?

1 Nada 2 Cerdas da escova 3 Dorso da escova 4 Limpador de língua 5 Outros.....

5.8. Com que frequência você usa produto para bochecho?

1 Nunca usa 2 Menos de uma vez por dia 3 Uma vez por dia 4 Duas vezes por dia 5 Três vezes ou mais por dia

5.9. Qual produto para bochecho você usa?

1 Nenhum 2 Cepacol 3 Listerine 4 Malva 5 Plax 6 Oral-B 7 Outros.....

5.10. O produto para bochecho apresenta álcool? 1 Sim 2 Não 3 Não sabe

5.11. Há quantos anos você usa produto para bochecho?

5.12. Você usa produto para bochecho para:

1 Não usa 2 Manter dentes limpos 3 Reduzir sangramento gengival 4 Clarear dentes 5 Manter hálito fresco

HALITOSE

6.1. Você sente mau hálito, mau cheiro ou gosto ruim na boca? 1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Sempre

6.2. Em que momento do dia você sente mau hálito? 1 Não sente 2 Manhã 3 Tarde 4 Noite 5 Todo o dia

6.3. Você foi avisado por alguma pessoa que você tem mau hálito? 1 Sim 2 Não

6.4. Por quem? 1 Ninguém 2 Companheiro(a) 3 Familiar 4 Amigo(a) 5 Dentista

6.5. Das pessoas que vivem na sua casa, quantas você diria que usualmente possuem mau hálito?

6.6. Você sente a boca seca? 1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Sempre

HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA

7.1. Com que frequência você tem dentes sensíveis? 1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Sempre

7.2. Em qual situação que é mais freqüente? 1 Nunca 2 Quente 3 Doce 4 Ao toque ou ao escovar 5 Ao mastigar

7.3. Considerando 0 a ausência de dor e 10 a maior dor que você já sentiu, de 0 a 10, qual a intensidade da sensibilidade que você sente nos dentes?

7.4. No último mês, você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de dentes sensíveis?

1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Repetidamente 5 Sempre

7.5. No último mês, você se sentiu estressado(a)/nervoso(a) por causa de dentes sensíveis?

1 Nunca 2 Raramente 3 Algumas vezes 4 Repetidamente 5 Sempre

7.6. Você já usou/está usando pasta de dente para dentes sensíveis? 1 Sim 2 Não

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

8.1. Você tem ido ao dentista nos últimos 3 anos?

1 Não tem ido 2 Quando tem dor, um dente quebrado ou outra urgência 3 Para revisar e evitar problemas futuros

8.2. De quanto em quanto tempo?

8.3. Onde foi a sua última consulta?

1 Serviço público 2 Serviço particular 3 Plano de saúde ou convênio 4 Não sabe 5 Outro.....

8.4. Você já fez tratamento gengival/periodontal? 1 Sim 2 Não

8.5. Você usa ou usou aparelho ortodôntico fixo? 1 Sim 2 Não

AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL

9.1. Você considera que necessita de tratamento odontológico atualmente? 1 Sim 2 Não

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

(Nunca = 0 / Raramente = 1 / Algumas vezes = 2 / Repetidamente = 3 / Sempre = 4)

9.2. Você teve problemas para falar alguma palavra?	9.9. Você teve que parar suas refeições?
9.3. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	9.10. Você encontrou dificuldade para relaxar?
9.4. Você sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?	9.11. Você se sentiu envergonhado(a)?
9.5. Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?	9.12. Você ficou irritado(a) com outras pessoas?
9.6. Você ficou preocupado(a)?	9.13. Você teve dificuldade de realizar atividades diárias?
9.7. Você se sentiu estressado(a)?	9.14. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?
9.8. Sua alimentação ficou prejudicada?	9.15. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

Cárie coronária (0)=hígida; 1=LNCI; 2=LNCA; 3=LCE; 4=LCAE; 5=LSI; 6=LSA; 7=LCD; 8=LCAD; 9=restaurada; 10=selada; 11= pilar; PF ou faceta; 12=implante; 13=extração indicada; 14=extraído; 15=ausente; 16=restauração defeituosa)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Cárie radicular (0)=hígida; 1=LNCI; 2=LNCA; 3=amolecida; 4=conícea; 5=dura; 6=cervical; 7=restaurada)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Erosão (0)=hígida; 1=perda inicial da textura tecidual ; 2=perda tecidual < 50%; 3=perda tecidual ≥ 50%)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fluxo salivar (ml saliva/min)

0,5	0,1	5,5	1,1	10,5	2,1
1	0,2	6	1,2	11	2,2
1,5	0,3	6,5	1,3	11,5	2,3
2	0,4	7	1,4	12	2,4
2,5	0,5	7,5	1,5	12,5	2,5
3	0,6	8	1,6	13	2,6
3,5	0,7	8,5	1,7	13,5	2,7
4	0,8	9	1,8	14	2,8
4,5	0,9	9,5	1,9	14,5	2,9
5	1	10	2	15	3

Fluxo salivar não realizado devido impossibilidade de mastigação.

ANEXO C - ADENDO AO PROJETO DE PESQUISA NA COMISSÃO DE PESQUISA DE ODONTOLOGIA

Adendo ao projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Odontologia

fabricao.collares@ufrgs.br <fabricao.collares@ufrgs.br>

9 de setembro de 2015 17:03

Responder a: fabricao.collares@ufrgs.br

Para: marisa.maltz@gmail.com

Adendo ao projeto 19794 - encaminhado para análise em 19/08/2015 foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Odontologia com o seguinte parecer:

Prezada Pesquisadora MARIZA MALTZ

Informamos que o adendo ao projeto de pesquisa PREVALÊNCIA E FATORES DE ASSOCIAÇÃO DE CÁRIE DENTÁRIA, RECESSÃO GENGIVAL E PERDA DENTÁRIA NA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL para análise em 28/08/2015 está aprovado com o seguinte parecer:

Este projeto, realizado com 1023 indivíduos adultos e idosos residentes em Porto Alegre, consistiu em um estudo transversal, no qual a coleta de dados foi realizada entre Junho de 2011 e Junho de 2012. Este estudo avaliou a prevalência de diversos agravos bucais nesta população e os fatores associados à sua ocorrência. A realização de um segundo exame clínico possibilitará a avaliação da incidência destas doenças (detecção de novos casos) e a progressão dos casos já existentes. Os mesmos indivíduos (que autorizaram a sua participação na pesquisa mediante assinatura do "Termo de consentimento livre e esclarecido" entregue ao CEP no momento da submissão do projeto para apreciação) serão novamente contatados e convidados a participar desta segunda etapa da pesquisa. Todos os indivíduos examinados anteriormente que consentirem serão reexaminados. Os exames clínicos serão realizados conforme descrito no estudo transversal, por examinador treinado e calibrado, acompanhado de anotador,

sendo garantidas todas as medidas de biossegurança. O exame clínico seguirá a seguinte sistemática: 1. Exame clínico periodontal; 2. Deplacagem da superfície dentária; 3. Exame de cárie dentária e erosão. A solicitação de prorrogação de prazo é adequada. Portanto, somos pela aprovação. Devido as novas intervenções a serem realizadas em humanos, solicitamos que seja encaminhado ao CEP.

Atenciosamente,
Comissão de pesquisa em Odontologia

Atenciosamente,

Comissão de Pesquisa de Odontologia
