



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

**RODRIGO DE MELO DANTAS**

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS POLICIAIS MILITARES  
PERTENCENTES AO BATALHÃO DE POLÍCIA DE CHOQUE DA POLÍCIA  
MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**NATAL/RN  
2017**

RODRIGO DE MELO DANTAS

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS POLICIAIS MILITARES  
PERTENCENTES AO BATALHÃO DE POLÍCIA DE CHOQUE DA POLÍCIA  
MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte como parte dos requisitos para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Maria da Silva.

NATAL/RN

2017

Catálogo na Fonte. UFRN / Departamento de Odontologia  
Biblioteca Setorial de Odontologia “Profº Alberto Moreira Campos”.

Dantas, Rodrigo de Melo.

Avaliação das condições de saúde bucal dos policiais militares  
pertencentes ao batalhão de polícia de choque da polícia militar do Rio  
Grande do Norte / Rodrigo de Melo Dantas. – Natal, RN, 2017.

41 f.

Orientador: Profa. Dra. Edna Maria da Silva.

Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio  
Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2017.

1. Saúde bucal - Monografia. 2. Cárie dentária - Monografia. 3.  
Odontologia em saúde pública - Monografia. 4. Polícia - Monografia. I. Silva,  
Edna Maria da. II. Título.

RN/UF/BSO

BLACK D585

**RODRIGO DE MELO DANTAS**

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS POLICIAIS MILITARES  
PERTENCENTES AO BATALHÃO DE POLÍCIA DE CHOQUE DA POLÍCIA  
MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Odontologia da Universidade Federal do  
Rio Grande do Norte como parte dos  
requisitos para obtenção do título de  
Cirurgião-dentista.**

Aprovado em 19/06/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Edna Maria da Silva

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Iris do Céu Clara Costa

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Ângela Fernandes Ferreira

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

À minha filha amada, Giovana Lis de Sales Dantas, que chegou como fonte de energia e luz.

À minha esposa, Rikarla Kizzia Moura de Sales Dantas, aquela que compartilhou do meu sonho e me guiou com muita sabedoria, paciência e muito amor.

Aos meus pais, Terezinha Batista de Melo Dantas e Francisco de Assis Dantas, pela confiança, amor e dedicação que depositaram em todas etapas da minha vida.

Ao meu irmão, João Paulo de Melo Dantas, com carinho e apoio me ajudou nessa jornada.

À minha tia, Antônia Batista de Melo, que está sempre presente com toda ajuda e com ações que apoiaram no meu caminho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela existência da vida, pela saúde, pela força em cada superação diante das dificuldades enfrentadas e por me guiar nas minhas escolhas que levaram a área da Odontologia.

À minha família, em especial a minha filha, a minha esposa, a meus pais, a minha tia e a meu irmão por toda força, carinho e amor que, de maneira especial, me ajudaram a essa tão sonhada conquista.

À minha segunda família, meus sogros Francisco de Sales e Terezinha de Jesus, minha cunhada Janaísa, Eliziel e meus queridos sobrinhos Maria Luíza e Eliziel Junior que contribuíram de forma essencial para tão sonhada conquista.

À minha orientadora, Prof. Dra. Edna Maria da Silva, que foi bastante solícita, atenciosa e compartilhou o seu conhecimento ajudando no desenvolvimento deste trabalho e na minha vida acadêmica.

Aos meus amigos de graduação, em especial a Carlos Morais, José Lucas, Renato Soares, Hiogo Jácome, João Paulo Godeiro, Thiago Jonathan e Alyson por me apoiarem em todos os momentos da vida acadêmica.

Aos meus amigos da gloriosa Polícia Militar do Rio Grande do Norte, em especial aos policiais Glauber, Freitas e Jeilton que se abdicaram das suas folgas no propósito de ajudar o próximo.

## RESUMO

**Introdução:** A Saúde Bucal da população adulta brasileira ainda exhibe altos níveis de precariedade apesar da melhoria dos índices de cárie observada nos últimos anos conforme estudos epidemiológicos realizados. No que se refere a adultos, o CPO-D médio, apresentado no SB Brasil 2010, foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e a condição periodontal teve a presença de cálculo como a condição mais expressiva. Nesse contexto insere-se a saúde bucal dos agentes de segurança pública, entre os quais as condições de saúde são fundamentais para a garantia do bem-estar físico e psicológico, assegurando-lhes um desempenho satisfatório de suas funções. **Objetivo:** Avaliar as condições de saúde bucal dos policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Trata-se de um estudo seccional/descritivo, com uma amostra de 42 policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque todos do sexo masculino e com a faixa etária entre 30 a 49 anos de idade. A coleta dos dados foi estruturada em duas etapas: levantamento epidemiológico para avaliação da Cárie Dentária, Doença Periodontal e Uso e Necessidade de Prótese usando os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde e a aplicação de uma ficha-formulário para obtenção de dados socioeconômicos. **Resultados:** O CPO – D médio do estudo é de 11,30 com desvio padrão de 4,96, o percentual de indivíduos sem doença periodontal para o grupo foi de 4,76% e o percentual de necessidade de prótese no grupo do estudo foi de 57,14%. **Conclusão:** Em função dos resultados encontrados, ressaltar-se a importância desta pesquisa, a fim de subsidiar políticas e programas de intervenção visando a manutenção da saúde bucal do grupo analisado.

**Palavras-Chaves:** Saúde Bucal, Polícia Militar, cárie, doença periodontal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Oral Health of the Brazilian adult population still shows high levels of precariousness despite the improvement of caries rates observed in recent years according to epidemiological studies. With regard to adults, the mean CPO-D, presented in SB Brasil 2010, was 16.75 in the age group of 35 to 44 years and the periodontal condition had the presence of calculation as the most expressive condition. In this context, the oral health of public security agents is inserted, among which health conditions are fundamental for the guarantee of physical and psychological well-being, ensuring a satisfactory performance of their functions.

**Objective:** To evaluate the oral health conditions of the military police officers belonging to the Shock Police Battalion of the Rio Grande do Norte Military Police.

**Methodology:** This is a sectional / descriptive study, with a sample of 42 military police officers belonging to the Shock Police Battalion, all male and with the age group between 30 and 49 years old. The data collection was structured in two stages: epidemiological survey for the evaluation of Dental Caries, Periodontal Disease and Usage and Necessity of Prosthesis using the codes and criteria recommended by the World Health Organization and the application of a form for obtaining socioeconomic data.

**Results:** The mean CPO - D of the study was 11.30 with a standard deviation of 4.96, the percentage of individuals without periodontal disease for the group was 4.76% and the percentage of need for prosthesis in the study group was Of 57.14%.

**Conclusion:** Based on the results found, it is important to highlight the importance of this research, in order to subsidize policies and intervention programs aimed at maintaining the oral health of the group analyzed.

**Key-words:** Oral Health, Military Police, caries, periodontal disease.



## LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

Tabela 1	Dados Socioeconômicos e Uso de Serviços.....	24
Gráfico 1	CPOD médio na faixa etária de 35 a 44 anos no Brasil, Nordeste, Rio Grande do Norte, Natal e do Batalhão de Choque. Natal-RN/2017.....	26
Gráfico 2	Relação CPOD x grau de escolaridade do grupo estudado. Natal-RN/2017.....	26
Gráfico 3	Percentual de indivíduos sem doença periodontal de 35 a 44 anos para o Brasil, Região Nordeste, Rio Grande do Norte e Batalhão de Polícia de Choque. Natal-RN/2017.....	28

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
2.1	PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL: UM APARATO HISTÓRICO.....	11
2.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: RETRATO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	13
2.3	PANORAMA ATUAL.....	14
2.4	A SAÚDE BUCAL NA SEGURANÇA PÚBLICA.....	15
2.5	O BATALHÃO DE POLÍCIA DE CHOQUE.....	16
2.6	CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇA PERIODONTAL E EDENTULISMO.....	17
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
3.1	DESENHO, POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO.....	20
3.2	AMOSTRAGEM.....	20
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	20
3.4	COLETA DE DADOS.....	21
3.5	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	23
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	23
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	23
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>35</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1960), o conceito de saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não unicamente a ausência de doenças. Na atualidade, esse conceito vem sendo compreendido como acesso a qualidade de vida, educação, moradia, lazer, segurança, trabalho, saneamento básico, saúde e transporte. Todos esses requisitos propostos pela OMS são direitos fundamentais de todo ser humano (BRASIL, 2005). E a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo.

Os agravos à saúde mais prevalentes no mundo são as doenças bucais, atingindo uma grande parcela da população (OMS, 1994). A precariedade da saúde oral afeta diretamente a vida do indivíduo, manifestando-se de várias formas. A dor, por exemplo, traz impactos nas atividades diárias, pois acaba muitas vezes impedindo que o indivíduo desempenhe o seu trabalho, causando o estresse. Outro fator influente é a aparência dos dentes, podendo interferir na comunicação, vida afetiva e social. A carência de dentes traz consigo consequências significativas à mastigação, impedindo o indivíduo de comer certos tipos de alimentos, exigindo das pessoas mais tempo para completar a refeição e ainda faz com que se sintam marginalizadas e estigmatizadas (LEÃO *et al.*, 1998).

A saúde bucal vem ao longo dos anos, ganhando espaço de atuação, em concordância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Contudo, certos grupos populacionais, ainda estão à margem dessa atuação. Os policiais militares estão inseridos nesse contexto, visto que não existem programas de atenção à saúde bucal voltado para essa parcela da população.

De acordo com Gonçalves *et al.*, (2002), no Brasil a população militar tem sido objeto de alguns estudos na área de saúde bucal, no entanto, estes estudos limitam-se aos soldados na faixa inicial da carreira (18 a 20 anos), existindo poucos estudos mais abrangentes tanto no que se refere às faixas etárias mais elevadas, bem como no que se refere a uma evolução temporal do perfil dentário desta população ao longo dos anos e a uma avaliação mais pormenorizada dos fatores de risco para a carie dentária e a doença periodontal. Dessa forma, torna-se importante acompanhar essa evolução para que se trace estratégias de prevenção a essas patologias.

A saúde dos policiais militares, que deveria ser algo prioritário para os governos, visto que são essas as pessoas que estão de frente com a marginalidade na tentativa de levar segurança à população, tem pouco relevância. Mesmo sabendo da necessidade de saúde desses homens e mulheres que arriscam a vida em prol de uma sociedade mais justa (FARIS JUNIOR, 2009).

Nesse cenário de abandono e de dificuldades, as ações de educação em saúde com ênfase na autopercepção, é uma luz para a conscientização desses policiais, para a necessidade de cuidar da sua saúde bucal. Para que isso aconteça, é necessário que o policial conheça e saiba identificar doenças bucais. Visto que o comportamento frente à doença é condicionado pela percepção. Alguns fatores podem influir nessa autopercepção, tais como fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos (KIYAK, 1993).

A obtenção de dados epidemiológicos nesse grupo populacional é importante, pois esses quantificam as condições de saúde bucal dos policiais militares, além de serem usados no planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados. Além de evitar o afastamento desnecessário desse policial do trabalho, com um tratamento preventivo realizado. Evitando assim o aumento da criminalidade pelo afastamento do policial (FARIS JUNIOR, 2009).

Então, diante deste cenário, o objetivo deste estudo é avaliar as condições da saúde bucal de policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do RN.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para um melhor entendimento acerca de saúde bucal faz-se necessário realizar um resgate histórico, de como se deu sua inserção no Brasil e de como se encontra no panorama atual. A saúde bucal está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira. A busca por registros preexistentes de momentos históricos, bem como de estudos já realizados sobre a situação de saúde bucal oferece uma visão de como foi se constituindo e se firmando no cenário brasileiro. Para isso, foram consultados, alguns dos principais estudiosos da área, referenciados ao final do texto.

### 2.1 PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL: UM APARATO HISTÓRICO

Quando se fala em saúde bucal, ao longo dos anos, observa-se a reprodução de práticas com características hegemônicas de assistência à saúde, que resultam em baixa capacidade de equacionar os agravos apresentados pela população. Cabe destacar, a íntima relação da saúde bucal e a evolução das políticas de saúde, um cenário que se divide em antes e pós Reforma Sanitária Brasileira, e a influência dos Estados Unidos quanto à organização do serviço, visto que historicamente, as tendências norte-americanas permearam o cenário das ações de odontologia no Brasil (BRASIL, 2006).

Antes da Reforma Sanitária Brasileira, as práticas sanitárias, fundamentavam-se, ao controle de doenças, que ameaçavam o trabalhador e por consequente sua produção trabalhista. Indo em direção oposto a proteção da população do país e na recuperação da saúde dos homens, o objetivo então, era determinado por interesses capitalistas (COSTA, 1986).

O setor da saúde bucal, inserido no contexto geral das políticas públicas, viveu uma metodologia de institucionalização e um estágio de participação na área política semelhantes àqueles pelos quais passou a medicina. Dessa forma, explicam-se suas práticas assistencialistas e excludentes (SERRA, 1998). Apenas em 1986, com a ideia mais abrangente de saúde, concretizada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que apareceram estratégias de organização e controle de práticas e dos serviços de saúde, interligando setores e buscando soluções para situações e problemas que eram considerados determinantes do estado de saúde da população.

Constituíram, ainda, o arcabouço legal de sustentação do SUS, significando, em última análise, a responsabilização do Estado, sob o ponto de vista jurídico, pela atenção à saúde da população, objetivando a descentralização, a regionalização e a hierarquização (WERNECK, 1994). Dessa forma, a assistência odontológica hegemônica, exclusivo a trabalhadores privados urbanos segurados contribuintes por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), depois Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), permaneceu até a constituição de 1988 (SERRA, 1998).

Com o surgimento do grande número de doenças e da incapacidade de controlá-las, o sistema preventivista incorpora-se no cenário, voltando à atenção apenas para os mais jovens. Surge aí, a odontologia integral, aplicada a população mais jovem, ainda livre de cárie, norteadas pelo modelo preventivista, excludente e pelo modelo incremental, importado dos Estados Unidos. Nesse último, o objetivo se voltava para a prevenção de cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo os dentes decíduos (NARVAI, 1994).

Na busca de uma *práxis*, que se envolva mais com os princípios norteadores do SUS, a odontologia parece traçar uma rota quanto ao quadro fatores epidemiológicos e as condições de vida que seguiram outra. Em direções opostas, essa contramão traz por consequente a oferta de serviços voltados a uma parcela mínima da população (PINTO, 1993).

Em meados de 1990, o local exclusivo de atendimento em saúde bucal, a escola, passou a ser questionado. Iniciando aí uma nova perspectiva e um novo pensar sobre a organização do trabalho odontológico. Novos conhecimentos científicos sobre as doenças bucais, formas de intervenção, distribuição e manifestação das doenças, novos métodos de planejamento em ações de saúde voltados a prática odontológica, abriram os caminhos para alternativas, propostas e modelos de organização as *práxis* odontológicas fora do âmbito escolar (CARVALHO e LOUREIRO, 1997).

## 2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS: RETRATO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.

Dados do Ministério da Saúde (MS), o primeiro levantamento de dados epidemiológicos a nível nacional, referente a saúde bucal, foi realizado no ano de 1986 e evidenciando cárie dentária, doença periodontal e a necessidade de próteses. Comprovaram-se, com nitidez, os altos índices de cárie entre as crianças brasileiras, um dos maiores CPO-D (índice que mede o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) do mundo à época em todas as idades analisadas. O estudo mostrou que as crianças brasileiras aos 12 anos de idade, apresentavam uma média de 6 a 7 dentes acometidos pela cárie, índice CPO-D entre 6 e 7 (BRASIL, 1986).

Após decorridos 10 anos, em 1996 outro estudo foi realizado pelo MS, a nível nacional, pesquisando a cárie dentária em crianças escolares de 6 a 12 anos. Observou-se nesse estudo que ao longo dos anos obteve-se uma redução na faixa de 53% da população estudada, abordando praticamente os parâmetros da OMS para o ano 2000 que é de um índice CPO-D menor ou igual a 3,0 (BRASIL, 1996). Contudo, em algumas capitais ainda persistem os índices elevados de doenças bucais, como por exemplo, algumas do nordeste: Natal (3,78) e João Pessoa (3,94), São Luiz (3,51) e norte: Rio Branco (4,37), Belém (4,49) enquanto nas capitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram CPO-D de 2,41 e 2,06, respectivamente, evidenciando marcantes diferenças regionais (BRASIL, 1996).

Observando a necessidade, no ano 2000, o MS iniciou uma discussão sobre a obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal, que avaliassem os principais agravos e, distintos grupos etários, tanto nas cidades como nas áreas rurais. Surge então o SB BRASIL: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira que foi realizado efetivamente no ano de 2003, nas cinco regiões do país, abrangendo área urbana e rural, e foi analisada a situação bucal da população brasileira através do índice CPO, a situação periodontal, necessidade de prótese, anormalidades dentofaciais, fluorose, caracterização sócio-econômica, acesso a serviços odontológicos e autopercepção em saúde bucal. Esse projeto serviu de base para elaboração da então Política Nacional de Saúde Bucal e auxiliar ações para o fortalecimento da gestão de serviços públicos em saúde bucal em municípios,

estados e união, permitindo a análise de dados nacionais com internacionais e com as metas da OMS para o ano 2000 (BRASIL, 2003).

No ano de 2003, o governo lança mão de uma estratégia para superação da exclusão social, dando espaço para a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal, em que o direito do cidadão a atenção odontológica fosse resgatado, e que a partir de agora a falta de compromisso com a saúde bucal relatada na história, fosse superada (FARIS JUNIOR, 2009). Com a Política Brasil Sorridente, houve uma reestruturação da atenção à saúde bucal, em todos os níveis de atenção, aplicando a concepção de saúde no sentido mais abrangente, promovendo qualidade de vida a população e intervenção nos fatores que a coloca em risco (BRASIL, 2004).

Na literatura, encontra-se muitos estudos que têm sido realizados na população brasileira, nos quais evidenciam o perfil da distribuição da cárie no extenso território nacional, bem como suas consequências e os principais fatores etiológicos JUNIOR (2009), destaca em seu trabalho que ainda existe uma grande lacuna a respeito da doença, como por exemplo, suas manifestações e fatores de risco, em pacientes de um grupo etário entre 20 e 34 anos. Lacuna esta, que pode ser explicada, possivelmente, em decorrência da Organização Mundial de Saúde (OMS), não incorporar em seus estudos essa faixa etária. Apesar da extensa literatura encontrada a respeito da cárie, existem algumas regiões e grupos populacionais específicos, com pouca ou nenhuma informação a respeito da prevalência desta doença e sua evolução.

Inseridos nesse contexto, a população militar, apresenta características singulares que permeiam a exposição a fatores de risco. Dessa forma esse grupo, em especial, tem sido constantemente abordado por pesquisadores e instituições governamentais principalmente em países mais desenvolvidos, visto que, existe um interesse singular em manter esta população saudável, haja vista importância desses homens para a população no âmbito da segurança nacional. Ainda assim, no Brasil estudos na área de saúde bucal, na população militar são escassos e limitados a soldados em início de carreira (PÁDUA, 2003).

### 2.3 PANORAMA ATUAL DA SAÚDE BUCAL BRASILEIRA

No ano de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, iniciou o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na



área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Esta pesquisa se concluiu em 2011 e contou com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa de base amostral foi realizada nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, sendo 37.519 indivíduos examinados pertencentes às faixas etárias de: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Cerca de 2.000 trabalhadores e trabalhadoras do SUS das três esferas governamentais foram fundamentais no sucesso da execução do SB Brasil 2010. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal (BRASIL, 2012).

O país, ao longo desses últimos anos, aprendeu a investir na redução das desigualdades regionais e pobreza, assim a saúde bucal seguiu a mesma trajetória. As equipes de saúde bucal cresceram 390 %, investiu-se em criação de 865 Centros de Especialidades Odontológicas, Laboratórios de Prótese Dentária habilitados em 674 municípios e ainda a distribuição de 72 milhões de kit de escova e pasta dentária. Além disso, cerca de 7 milhões de brasileiros tiveram a ampliação do acesso a água fluoretada, o que conseqüentemente diminuiu o número de dentes extraídos. Cabe destacar ainda a ampliação do acesso ao serviço público odontológico, principalmente para a população mais carente, o que fez o Brasil elevar-se ao grupo de países com baixa prevalência de cárie (BRASIL, 2012).

#### 2.4 A SAÚDE BUCAL NA SEGURANÇA PÚBLICA

O Brasil hoje vive um clima de tensão no que se trata de segurança pública, apesar de ser um direito constitucional, pouco se vê políticas efetivas que tragam a

segurança da população. Cercado de muitos assaltos, furtos, sequestros, tráfico de drogas, o cotidiano da população brasileira torna-se cadê vez mais inseguro. Na tentativa de combater e prevenir todo esse caos que assola a população existe pessoas dispostas a sacrificar a própria vida para sair em defesa da sociedade e tentar transformar a comunidade em que vivem em um ambiente mais digno (FARIS JUNIOR, 2009). Dessa forma, o cuidado com a assistência à saúde desses policiais deve ser levado em consideração e ser uma prioridade dos governos, visto que, nos faz refletir que uma dor de dente, muitas vezes negligenciada, pode trazer ao policial militar o afastamento de suas funções e por conseqüente o aumento da criminalidade, devido à ausência de uma ronda ostensiva, pelo afastamento de um membro da corporação (FARIS JUNIOR, 2009). Nesse contexto percebe-se a importância da oferta do serviço odontológico a essa parcela da população.

## 2.5 O BATALHÃO DE POLÍCIA DE CHOQUE

O Batalhão de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte, foi criado por meio do decreto nº 21.613, de 07 de abril de 2010. O Batalhão de polícia de choque - BPCHOQUE, se caracteriza por ser um órgão de execução e unidade operacional de caráter especializado. Sua sede fica na cidade de Natal, e sua área de atuação compreende todo o território do Rio Grande do Norte. O batalhão é constituído por órgãos de execução, são eles a Companhia de Polícia de Choque – CPCHOQUE, a Companhia de Policiamento com Cães – CPCÃES, a Companhia de Patrulhamento Tático Móvel – CPATAMO. Compete ao BPCHOQUE: atuar preventivamente como força de dissuasão em locais de possíveis perturbações da ordem pública, atuar repressivamente nos seguintes casos: controlar distúrbios civis; garantir reintegração de posse em cumprimento de ordem judicial; desinterditar vias públicas; realizar policiamento em praças desportivas e em grandes eventos; realizar demonstrações de cunho educacional e recreativo com utilização de cães; atuar no controle de rebeliões em estabelecimentos prisionais; realizar patrulhamento tático móvel nas principais vias da capital e região metropolitana e em áreas de alto risco; realizar escolta de presos; realizar operações de busca de pessoas, drogas, armas e explosivos, com a utilização de cães; realizar policiamento ostensivo com cães; apoiar as unidades da capital e interior, quando necessário (RIO GRANDE DO NORTE. Decreto Nº 21.613).

Os policiais militares do Batalhão de Polícia de Choque e demais da Polícia Militar do Estado do Rio Grande Norte tem o direito a assistência médico hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação de saúde, abrangendo serviços profissionais, médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários pela própria instituição. A Diretoria de Saúde é o órgão responsável por essa assistência e tem como órgão de apoio a saúde bucal dos policiais e seus dependentes o Departamento de Odontologia “TC Nicodemos Couto” que tem em sua estrutura diversas especialidades como endodontia, prótese, cirurgia, periodontia, dentística e implantodontia (RIO GRANDE DO NORTE. LEI Nº 4.630, 1976, art.49).

## 2.6 CÁRIE DENTÁRIA, DOENÇA PERIODONTAL E EDENTULISMO

### Cárie Dentária

A multifatorialidade é uma característica singular da cárie dentária segundo Lenander-Lumikari e Loimaranta (2000), seu processo de formação é descrito há anos, porém vários autores explicam diferentes linhas de surgimento e crescimento da doença cariológica. O *Streptococcus mutans* e *lactobacilli* são bactérias acidogênicas, que se encontram na placa bacteriana dentária. Tais organismos, quando em contato com determinadas substâncias, como a glicose, sacarose, frutose, amido, produzem ácidos que desmineralizam o esmalte dentário ou dentina, formando então uma cavidade em casos de evolução da cárie (Chaves, 1986).

Durante o processo de formação a cárie dentária, desenvolve interações entre saliva, dieta, suscetibilidade da superfície dental e microbiota oral, caracterizando a sua multifatorialidade (MARSH, 1995). A literatura mostra que desde os primórdios da vida humana na terra a cárie é uma doença que acomete os humanos, visto que um total de 14% dos crânios estudados do período paleolítico, no território dinamarquês já apresentavam vestígios dessa doença (SAMICO, 1992).

Contudo, apesar desse agravo estar presente na vida humana desde os primórdios, a sua prevalência aumenta quando entramos no período moderno, do século XVIII em diante, possivelmente em decorrência dos hábitos incluídos com o processo de civilização, com patamares elevados com a industrialização (PINTO, 1990). Nos dias atuais alguns estudos mostram que 90% dos indivíduos podem

chegar a apresentar cárie em países desenvolvidos ou em processo de desenvolvimento (PEREZ, 2000).

A dor ocasionada pelo processo avançado de cárie, arremete a um impacto social significativo no indivíduo, atingindo sua qualidade de vida, seu trabalho, a qualidade do sono, atividades de lazer e a sua relação com o mundo (ALEXANDRE, 2006).

#### Doença Periodontal

De acordo com Baker (2000), a doença periodontal (DP) se trata de uma inflamação de caráter crônico de destrutivo das estruturas de sustentação dos dentes (osso alveolar, ligamento periodontal, cemento e gengiva). Dessa forma, é uma das mais significantes causas de perda dentária em adultos e é uma das formas mais prevalentes de doença que atinge diretamente as estruturas ósseas humanas.

A doença periodontal, é uma patologia infecciosa, consequente do acúmulo de bactérias anaeróbias Gram-negativo na região subgengival, o que reflete em uma cascata inflamatória e excita a destruição tecidual mediada pelo próprio hospedeiro. O não tratamento da doença, ocorre a destruição progressiva do osso alveolar e do ligamento periodontal, o que leva a formação de bolsas periodontais e retração gengival, que evolui conseqüentemente a perda dentária (PAGE et al., 1997; SANZ; WINKELHOFF, 2011).

Albandar (2005) cita que estudos epidemiológicos revelam que uma grande porcentagem da população mundial adulta é afetada por algum tipo de DP, sendo na população idosa a periodontite crônica a doença mais prevalente. Porém é comum que se encontre jovens, adultos e crianças com DP.

Recentemente, o Brasil no ano de 2010, realizou uma avaliação epidemiológica que revelou cerca da metade da população adulta do país apresenta sangramento gengival e cálculo dentário e que aproximadamente 30% dela possui bolsas periodontais em uma ou mais regiões da boca (BRASIL, 2011). Dessa forma, observa-se que as DPs, representam importantes questões que envolvem a saúde pública (ALBANDAR, 2005; BRASIL, 2011; MORRIS et al., 2001; WILLIAMS, 1990).

Quando se fala em dados referentes à doença periodontal encontra-se diversos conflitos devido à natureza dos índices periodontais disponíveis. Utiliza-se em pesquisa de campo o CPI (Índice Periodontal Comunitário), sugerido pela OMS.

Dessa forma, como todo índice que imponha escalas categóricas em um processo biológico, há limitações que devem ser identificadas e reconhecidas.

### Edentulismo

O edentulismo, se caracteriza por ser uma perda parcial ou total da dentição permanente, consequência de eventos mutiladores que acontecem durante a vida. Decorrente, em sua maioria, de práticas voltadas para extrações dentárias subsequentes de agravos bucais, tais como a cárie e alterações periodontais na sendo, portanto, decorrente da senilidade. Apesar do avanço em prevenção e tratamento das doenças que comprometem a dentição, nos últimos anos, é comum no Brasil perder-se dentes por edentulismo.

Segundo dados do Projeto Saúde Bucal Brasil (2010) que avaliou o edentulismo em adolescentes, adultos e idosos a partir da necessidade de reabilitação protética tem-se que: Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total em pelo menos um maxilar. Importante destacar que este percentual em 2003 era de 4,4%, portanto a redução corresponde a 70%.

Alguns veem o edentulismo como um processo natural do envelhecimento, porem ele pode e deve ser evitado através de orientação, prevenção e cuidados inerentes a saúde bucal do indivíduo. A população adulta, quando recebe orientação suficiente para investir na prevenção e no cuidado de seus dentes, pode obter sucesso na manutenção de sua dentição, inclusive em idade avançada. O que gera uma melhor qualidade de vida na velhice (COLUSSI e FREITAS, 2002).

Perdas dentárias, tem efeitos importantes na saúde bucal e na qualidade de vida de uma pessoa, pois atinge diretamente suas capacidade mastigatória, a fonação e os danos estéticos com impactos psicológicos relevantes (SANTOS, 2009).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO.

Trata-se de um estudo seccional descritivo realizado com policiais militares de ambos os sexos e de idades diversas pertencentes ao Batalhão de polícia de Choque da polícia Militar do Rio grande do Norte.

#### 3.2 AMOSTRAGEM

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências do Batalhão de Choque, em Natal (RN). O tamanho da amostra calculado foi de 42 policiais militares pertencentes ao Batalhão de Choque de ambos os sexos e com a faixa etária de 30 a 54 anos de idade, calculada a partir de um universo de 202 policiais. O tamanho da amostra foi definido baseado na estimativa da frequência, a variabilidade do principal problema a ser investigado e a margem de erro aceitável. Todas essas estimativas provêm dos resultados do SB Brasil 2010, referentes à cidade de Natal (RN). A cárie dentária foi utilizada como padrão de referência para o cálculo da amostra, conforme já utilizado nos dois últimos levantamentos nacionais. Isso se deve ao fato de ainda ser o problema mais importante em saúde bucal. O CPO-D é uma variável quantitativa e, portanto, o cálculo da amostra utilizou os dados do SB Brasil 2010, considerando seu valor médio e sua variabilidade expressa pelo desvio padrão. O tamanho da amostra foi calculado para o agravo de cárie dentaria e o grupo etário compreendido de 35 a 44 anos. Os Parâmetros utilizados populacionais e estimadores para o cálculo da amostra foram a média (CPO-D=19,09), o desvio-padrão (7), margem de erro absoluta (2%), efeito do desenho (deff=1), taxa de não resposta (10%) e tamanho da população (202). Os parâmetros e estimadores foram colocados numa planilha estatística conforme preconiza Lwanga e Lemeshow(1991).

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

- Critérios de inclusão: Ser Policiais Militares da ativa pertencentes ao Batalhão de polícia de Choque da polícia Militar do Rio grande do Norte que concordaram em participar do estudo.

- Critérios de exclusão: Policiais Militares Inativos e não pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da polícia Militar do Rio grande do Norte.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Foram utilizadas técnicas e instrumentos de pesquisa adequados a natureza do estudo e padronizados pela Organização Mundial de Saúde. O examinador-pesquisador passou por um programa de treinamento para que pudesse exercer a função de examinador. A calibração envolveu pelo menos 4 períodos de 4 horas de trabalho, contemplando os aspectos teóricos e práticos dos índices a serem utilizados, os quais foram previamente distribuídos ao examinador com as devidas recomendações. Os procedimentos de calibração foram planejados de modo a antecipar (simular) as condições que o examinador encontraria.

Para o procedimento de coleta de dados, inicialmente os policiais militares foram esclarecidos no sentido de detalhar os passos da pesquisa, aspectos éticos envolvidos e orientação sobre o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se total autonomia aos policiais nessa concessão de participação na pesquisa. Após essa etapa, o pesquisador previamente calibrado aplicou uma ficha formulário (Anexo 1) contendo informações sobre avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e uma ficha exame (Anexo 2) com os índices para cárie dentária, doença periodontal e edentulismo.

Utilizou o índice CPOD (Contagem de dentes cariados, perdidos e obturados) preconizado pela OMS (WHO, 1997). Para tanto, foram realizados exames clínicos intra-orais pelo examinador, o qual foi previamente calibrado de acordo com os padrões utilizados para coleta de CPO-D. Os diferentes espaços dentários foram examinados de um para o outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48). Para um dente ser considerado presente na boca considerou-se quando qualquer parte visível ou podendo ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente. Os Critérios e códigos utilizados estão no anexo 3.

A condição periodontal foi avaliada com a utilização do Índice Periodontal Comunitário (CPI). O *Índice Periodontal Comunitário* (emprega-se a sigla **CPI**, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada sonda OMS, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente).

São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares): 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia). Embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada. Quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X". Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. Os Critérios e Códigos utilizados estão no anexo 4.



A inclusão do uso e das necessidades de prótese na população, neste projeto, atende a três indicações: seguem a orientação da OMS para levantamentos epidemiológicos, permite a comparação histórica e atende às necessidades de planejamento específicas desta área, particularmente quando se considera um dos eixos da Política Nacional de Saúde Bucal, relativo à atenção secundária através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Na prática, a avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades. As observações ao exame levarão em conta os códigos e critérios ilustrados no anexo 5.

### 3.5 VARIÁVEIS ESTUDADAS

- Variáveis Dependentes: Cárie, doença periodontal, uso e necessidade de prótese e saúde bucal.

- Variáveis Independentes: Sexo, faixa etária, hábitos de higiene bucal, nível de escolaridade e condições socioeconômicas.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiro, foi analisado os dados contidos na ficha formulário pertinentes ao sexo, faixa etária, raça e as condições sócio econômicas calculando as frequências e porcentagem. Depois, foi analisado os dados contidos na ficha exame pertinentes aos índices CPOD, CPI e o Uso e Necessidade onde foi calculado as médias, desvio padrão e porcentagem. Os dados foram analisados com o uso do Software – *Excel 2016 plus e SPSS Statistics Editor de Dados versão 20*.

### 3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN e levou em consideração todos os parâmetros bioéticos da Resolução CNS nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os sujeitos envolvidos foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias. Foi solicitada Carta de Anuência a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e ao Batalhão de polícia de Choque da polícia Militar do Rio grande do Norte que participaram da pesquisa.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total dos 202 policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque do Estado do Rio Grande do Norte 42 policiais concordaram em participar do referido estudo, assinando o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE*.

Atualmente o Batalhão de Polícia de Choque é composto, no seu quadro efetivo, por 201 policiais do sexo masculino e 1 policial do sexo feminino. Todos os que participaram do estudo foram do sexo masculino, com idade média de 37,24 anos, compreendida entre 30 a 49 anos e desvio padrão de 4,33. A raça predominante entre os indivíduos estudados foi a parda (50,0%), seguida da raça branca (28,6%) e a preta (21,4%). A tabela 1 mostra os dados socioeconômicos e o uso de serviços do grupo estudado.

**Tabela 1.** Dados Socioeconômicos e Uso de Serviços

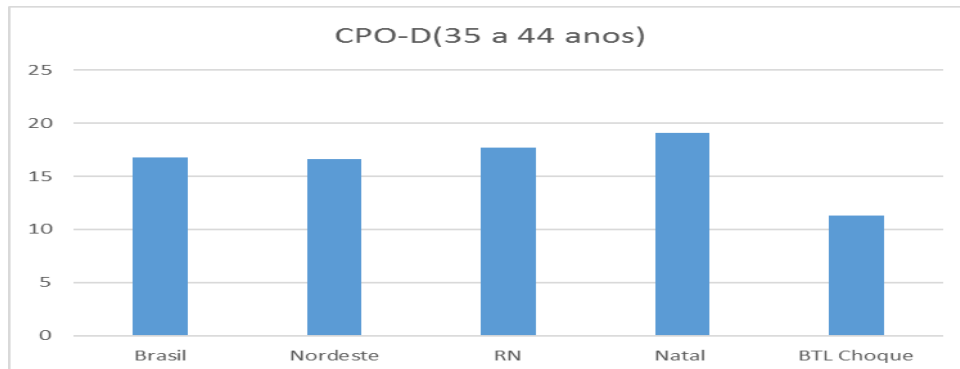
	Frequência	Porcentual
<b>Raça</b>		
Branca	12	28,6
Negra	9	21,4
Parda	21	50,0
<b>Número de Pessoas que vivem na residência</b>		
1	1	2,4
2	9	21,4
3	15	35,7
4	12	28,6
5	4	9,5
6	1	2,4
<b>Número de Cômodos</b>		
1	8	19
2	26	61,9
3	7	16,7
4	1	2,4
<b>Número de Bens</b>		
4	2	4,8
5	1	2,4
6	6	14,3
7	2	4,8
8	9	21,4
9	3	7,1
10	5	11,9
11	4	9,5
12	3	7,1
13	1	2,4
14	1	2,4
18	1	2,4
20	3	7,1

30	1	2,4
<b>Renda Familiar(em reais)</b>		
Até 1500	1	2,4
1501 a 2500	8	19,0
2501 a 4500	23	54,8
4501 a 9500	9	21,4
Mais de 9500	1	2,4
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	22	52,4
Superior Incompleto	7	16,7
Superior Completo	11	26,2
Pós Graduação Completa/Incompleta	2	4,8
<b>Necessita de Tratamento Dentário?</b>		
Não	4	9,5
Sim	35	83,3
Não Sabe	3	7,1
<b>Quando Consultou o Dentista pela Última Vez?</b>		
Menos de Um Ano	30	71,4
Um a Dois Anos	8	19,0
Três Anos ou Mais	3	7,1
Não se Aplica	1	2,4
<b>Onde Foi Sua Última Consulta</b>		
Serviço Público	8	19,0
Serviço Particular	18	42,9
Plano Saúde ou Convênio	15	35,7
Outros	1	2,4

Com este estudo avaliou-se as condições de saúde bucal dos policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque do RN e ao analisar o perfil dentário desta população os resultados mostram um CPOD médio de 11,30 com desvio padrão de 4,96, comparando-se esses dados com o Inquérito Nacional de Saúde Bucal do ano 2010 verifica-se valores abaixo das médias do índice CPOD do Brasil (16,75), Nordeste (16,62), Rio Grande do Norte (17,7) e de Natal (19,09) na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, conforme se verifica no gráfico 1.

Há evidências de que a distribuição da cárie nas populações é desigual e fortemente associada à condição socioeconômica. Assim, persistentes iniquidades na condição bucal são encontradas entre os países e entre diferentes grupos sociais de um mesmo país (PETERSEN,2011).

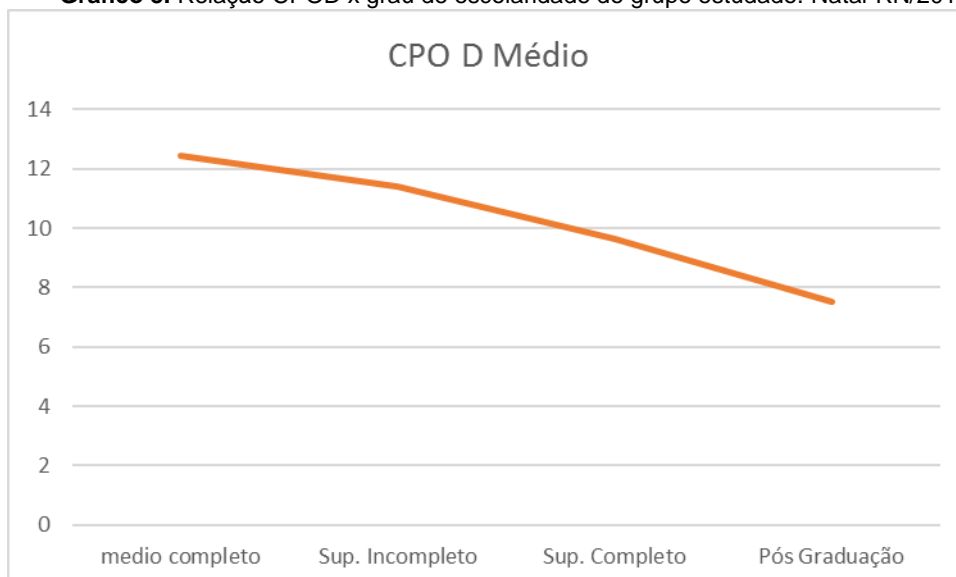
**Gráfico 4.** CPOD médio na faixa etária de 35 a 44 anos no Brasil, Nordeste, Rio Grande do Norte, Natal e do Batalhão de Choque. Natal-RN/2017.



Estudos sobre os determinantes sociais das doenças bucais têm ganhado importância e usualmente incluem fatores socioeconômicos, tais como grau de escolaridade, a renda individual ou familiar e a ocupação dos indivíduos (PERES,2005). Como foi visto no presente estudo.

Então, tais resultados podem estar correlacionados ao percentual maior de policiais do estudo possuir uma renda familiar compreendida entre R\$ 2.501,00 a R\$ 4.500,00 e grau de escolaridade com maior percentual do ensino médio completo (52,4%), seguido do superior completo (26,2%). Dessa forma observa-se que quanto maior o nível de escolaridade menor o número de cariados, perdidos e obturados. E que quanto maior a renda menor é a média do CPO-D. No gráfico 2, mostra-se essa relação do CPOD e o grau de escolaridade dentro do grupo estudado.

**Gráfico 5.** Relação CPOD x grau de escolaridade do grupo estudado. Natal-RN/2017.



Na tabela 13 descreve a média de ocorrências relacionadas à cárie e suas consequências tal como os componentes cariadas, restaurado, dentes hígidos e excluídos. Observa-se que o componente cariado 0,57 (1,78%) aparece de forma discreta na população estudada. Já o componente perdido 2,40 (7,51%) está bem abaixo da média da população brasileira, onde o componente perdido é responsável por 44,7% do índice CPOD, com média de 7,48 dentes perdidos por cárie na faixa etária de 35 a 44 anos (BRASIL, 2010).

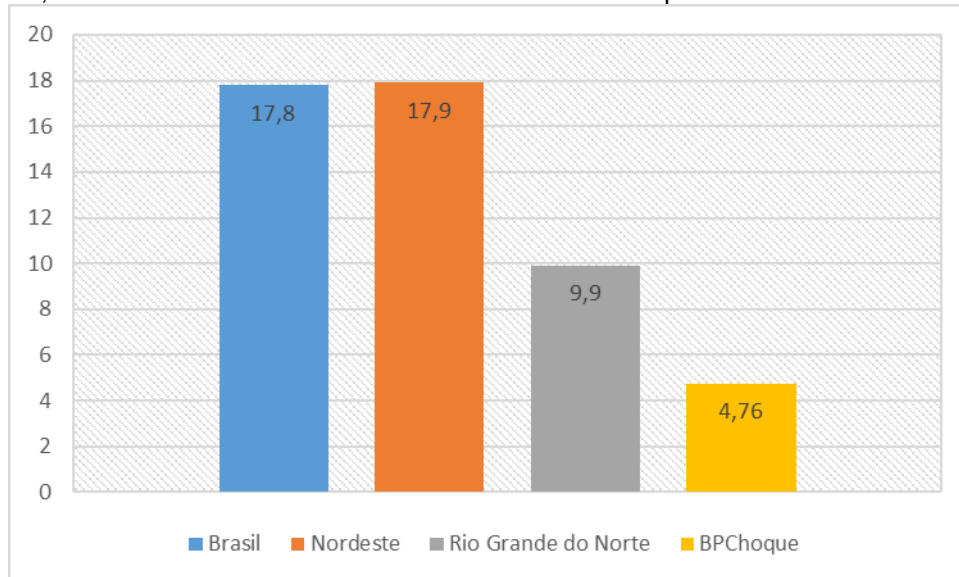
O componente obturado apresentou como o mais expressivo no grupo estudado indicando, possivelmente, que os militares tiveram acesso a tratamento restaurador, preservando assim a dentição natural. Diferentemente dos dados apresentados no SB Brasil 2010 relativo a Região Nordeste do Brasil, que possui o componente perdido como mais expressivo, demonstrando um tipo de assistência de caráter mutilador.

Os escores médios de dentes cariados e obturados foram de 0,57 e 8,33, enquanto que no restante da população brasileira estes valores representam 1,48 e 7,33, respectivamente. Nota-se uma diferença na média de dentes obturados entre as duas populações, devido ao fato que a população brasileira, de modo geral, ter como maior componente dentes perdidos devido a prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública.

A condição periodontal mais expressiva no grupo estudado foi o cálculo dentário com 57,14%, seguido de sangramento com 14,28%. Na faixa etária de 35 a 44 anos, o Brasil teve, também, o cálculo como a condição mais expressiva no SB Brasil 2010. O percentual de indivíduos sem doença periodontal para o grupo foi de 4,76%, apresentando um percentual menor que o Brasil e a Região Nordeste, conforme mostra o gráfico 3. Verifica-se que população estudada, apesar do nível de escolaridade e renda familiar medianos, contradizendo alguns estudos, não possui o cuidado necessário ou não tem o conhecimento para a prevenção da doença periodontal, desde o seu estágio inicial, que acomete mais os indivíduos estudados até seu estágio mais avançado. Tal fato suscita a necessidade da realização de atividades educativas e promocionais direcionadas, além da necessidade de tratamento periodontal concentrada em raspagem, profilaxia e educação de higiene oral individual a esta população para obter-se conscientização da importância do estabelecimento e manutenção da saúde bucal. A doença periodontal pode predispor ao desenvolvimento de desordens sistêmicas ou agravar-se na presença

destas, interferindo diretamente no serviço policial e trazendo prejuízos para a sociedade (OFFENBACHER,2001).

**Gráfico 6.** Percentual de indivíduos sem doença periodontal de 35 a 44 anos para o Brasil, Região Nordeste, Rio Grande do Norte e Batalhão de Polícia de Choque. Natal-RN/2017.



No que se refere ao Uso e Necessidade de Prótese Dentária, observou-se que o batalhão de choque apresentou alguma necessidade de algum tipo de prótese, na ordem de 57,14%, enquanto o Brasil 68,8%, o Nordeste 78,9% e o RN 82,8%, para faixa etária de 35 a 44 anos. Já o percentual do uso de prótese superior, para a mesma faixa etária, foi de 32,8% para o Brasil, 37,6% para o nordeste e 21,4% para os militares. Dessa forma, pode-se detectar que o batalhão apresenta índices melhores que o restante do Brasil, esse fato, pode ser compreendido, por um maior nível socioeconômico dos entrevistados, bem como maiores percentuais da população estudada tem acesso ao serviço privado. Conforme visto na tabela 10.

Outro fato importante quanto ao Uso de prótese, é que se observam maiores percentuais de uso no arco superior (21,4%) quando comparado com o arco inferior (4,8%). Alguns fatores podem estar associados a este fato, como a maior perda dentária no arco superior, a maior preocupação estética com esse arco, e a maior dificuldade de adaptação das próteses no arco inferior (MALMANN et al, 2010; VENANCIO et al, 2013).

Devido às características do modelo assistencial hegemônico que durante muito tempo foi praticado na atenção à saúde bucal, baseado em tratamentos

curativos e mutiladores e de baixa cobertura populacional, a população adulta ainda apresenta na atualidade uma média alta de dentes perdidos, e conseqüentemente, um acúmulo de necessidade de prótese dentária.

Apesar do índice da necessidade de prótese encontra-se abaixo do restante do país, ainda apresenta considerada porcentagem de necessidade de prótese e esse grupo tem acesso odontológico com tal especialidade na própria instituição no Departamento de Odontologia “TC Nicodemos Couto”.

Os policiais militares do Estado do Rio Grande do Norte e seus dependentes possuem assistência sanitária oferecida pela Diretoria de Saúde. O Departamento de Odontologia “TC Nicodemos Couto” é um órgão de apoio subordinado à Diretoria de Saúde que oferece serviços nas diversas especialidades incluindo o destacado setor implantes. Mesmo com esses serviços oferecidos, 83,3% dos policiais dizem que necessita do tratamento dentário atualmente, 64,3% dos policiais dizem que teve dor de dente nos últimos 6 meses e 42,9% dos policiais teve sua última consulta no serviço particular, seguido do plano de saúde ou convênio (35,7%).

## 5 CONCLUSÃO

Através do presente estudo, foi possível observar que os indivíduos da população de policiais pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte apresentam índice de CPOD médio menor que a média da população brasileira.

O percentual de indivíduos sem doença periodontal para o grupo foi de 4,76%, apresentando um percentual, também, menor que o Brasil e a Região Nordeste evidenciando a necessidade de tratamento periodontal concentrada em raspagem, profilaxia e educação de higiene oral.

Os policiais militares possuem uma porcentagem de necessidade de prótese dentária menor que a população brasileira apesar de apresentar indicadores consideráveis. Ressalta-se que possuem acesso ao serviço oferecido na própria instituição e na rede privada já que possuem condições socioeconômicas favoráveis.

Quanto a última consulta, 42,9% dos policiais teve sua última consulta no serviço particular, seguido do plano de saúde ou convênio (35,7%), ou seja, a maior parte dos policiais não usufrui dos serviços oferecidos nas diversas especialidades da própria instituição.

Por fim, cabe ressaltar e engratecer o desenvolvimento de pesquisas a respeito da saúde bucal dos policiais militares, a fim de elaborar planos de atuação nesta população visando manter uma cavidade bucal saudável para que possa exercer um serviço de utilidade pública com qualidade.



## REFERÊNCIAS

- ALBANDAR, J. M. Epidemiology and risk factors of periodontal diseases. *Dent. Clin. North Am.*, v. 49, p. 517-532, 2005.
- ALEXANDRE GC, NADANOVSKY P, LOPES CS, FAERSTEIN E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):1073-8.
- ATCHISON KA, DOLAN TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ* 1990; 54: 680-7.
- BASTOS JRM, SALIBA NA, UNFER B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. *Rev Paul Odontol* 1996; 18: 38-42.
- BAKER, P. J. The role of immune responses in bone loss during periodontal disease. *Microbes Infect.*, v. 2, p. 1181-1192, 2000.
- BRASIL. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre. 67 p. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 11) Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cárie dentária. 1996. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/bucal>>. Acesso em: Abril 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil. 1986. 137p. (Série C: Estudos e Projetos, 4). Disponível em: <<http://dtr2004.saúde.gov.br/dab/saúdebucal/vigilancia.php>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB2003. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/bucal>>. Acesso em: abril 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CHAVES MM. *Odontologia Social*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. Caderno de odontologia. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

CORMACK, E.F. **A saúde oral do idoso.** Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Acesso em: 05/06/2017.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** v.8, n.5, p.1313-1320, set./out. 2002.

COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil: v.2. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986. 115 p.

DECRETO Nº 21.613, DE 07 DE ABRIL DE 2010 - Criação do Batalhão de Polícia de Choque - BPCHOQUE na estrutura básica da Polícia Militar.

FRENKEL HF. Behind the screens: care staff observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology.* 1999; 16(2): 75-80.

GONÇALVES ER, PERES MA, MARCENES W. Cárie dentária e condições sócioeconômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(3):699-706.

JONES TK. Army dental service support in a theater of operations. *US Army Medical Department Journal,* jan-mar 2006.

JOKOVIC A, LOCKER D, CLARKE M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:10-8.

JUNIOR, F.R. Descrição do perfil dentário e avaliação de fatores associados a cáries, obturações e perda dentária dos policiais militares da região bragantina. Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública. SP;2009.

KIYAK HA. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int dent/* 1993;43:9-16.

KLEIN H, PALMER CE, BIBBY BG, MCCOLLUM EV. Dental cáries. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1941.

KLEIN H, PALMER CE. Dental cáries in American Indian children. *Public Health Bulletin,* 239; 1937.

LEI Nº 4.630, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1976 - Estatuto dos Policiais-Militares do Estado do Rio Grande do Norte.

- LENANDER-LUMIKARI M, LOIMARANTA V. Saliva and dental cáries. *Adv Dent Res.* 2000;14:40-47.
- MARSH PD. The role of microbiology in models of dental cáries. *Adv Dent Res.* 1995;9(3):244-54.
- MORRIS, A. J. et al. The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998. *Br. Dent. J.*, v. 191, p. 186-192, 2001.
- MALLMANN, F. H. et al. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50- 70 anos de idade, residentes em três „Distritos Sanitários” de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. *Epidemiologia Serviço de Saúde, Brasília*, v. 21, n. 1, p. 79-88, jan/mar. 2012.
- NARVAI, P.C. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec, 1994. 108p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4. ed. Genebra;1997.
- PAGE, R. C. et al. Advances in the pathogenesis of periodontitis: summary of developments, clinical implications and future directions. *Periodontol.* 2000, v. 14, p. 216-248, 1997.
- PÁDUA EMC, PINHEIRO JA. Avaliação do perfil de saúde bucal dos militares recrutas no batalhão da polícia do exército de Brasília (2003) [monografia na internet]. Brasília (DF): Faculdade; 2004. Disponível em: <http://www.unb.br/fs/sbc/htms/mon1/eliajul.pdf>. Acesso em: abril 2016.
- PEREZ KGA, BASTOS JRM, LATORRE MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(4):402-8.
- PINTO, V.G. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993.
- PINTO VG. Saúde bucal: panorama internacional. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1990.
- PINTO VG. Saúde Bucal: odontologia social e preventiva. 3 ed.São Paulo: Ed. Santos;1992.

RICHARDSON PS. Dental morbidity in United Kingdom Armed Forces, Iraq 2003. *Military medicine*. 2005;170,6:536-41.

RONCALLI, ÂNGELO GIUSEPPE. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil: 1986-1996 set. 1998. 20p.. Disponível em: <[http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art\\_epid/epi\\_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saúde+bucal&hl=pt-BR](http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saúde/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saúde+bucal&hl=pt-BR)>. Acesso em: abril 2016.

SANTOS, C.M. **Avaliação longitudinal da mudança na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos**. 2009. 49f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. 2009.

SAMICO A. O ensino odontológico [palestra] [acesso em 23 nov 2007]. [S.l.]: CRO-PE; 1992. Disponível em: <http://www.cro-pe.org.br/hist-pg01.html>. Acesso em abril 2016.

SERRA, C. G. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323f. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SHEIHAM A, JOFFE M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental cáries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). *Risk markers for oral diseases*. Cambridge, 1992.

SILVA SRC, FERNANDES CAR. Autopecepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(4):349-55.

STEELE JG , WALLS AWG, AYATOLLAHI SMT, MURRAY JJ. Majorclinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. *Br Dent J* 1996; 180.

VENÂNCIO, G. N. et al. Uso e necessidade de prótese em idosos da região Norte do Brasil: Estudo reflexivo dos resultados do Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 e 2010. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 78-82, 2013.

WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS:uma perspectiva de mudança. Niteroi. 1994. 186p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.

**APÊNDICE A**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Esclarecimentos**

Este é um convite para você participar da pesquisa “Avaliação das condições de saúde bucal dos policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte”, que é coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Maria da Silva. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar as condições de saúde bucal dos Policiais Militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte. A coleta dos dados da pesquisa acontecerá a partir do levantamento epidemiológico para avaliação da cárie dentária e da doença periodontal usando os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde. Assim, contribuindo para os gestores públicos estaduais visando um planejamento adequado no serviço oferecido em questão.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao (s) seguinte (s) procedimentos: Aplicação de uma ficha-questionário contendo informações socioeconômicas e exames clínicos intraorais usando códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde que são os índices para cárie dentária, doença periodontal e perda dentária e terão um tempo médio de aplicação de 5 minutos cada um dos procedimentos.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, considerando que os dados serão obtidos através de uma ficha-questionário e os exames clínicos a serem realizados não causam danos às regiões orais e periorais íntegras do indivíduo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria da Silva, no número (84)99407-3126.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edna Maria da Silva.

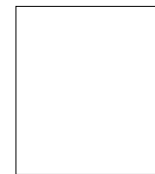
Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Avaliação das condições de saúde bucal dos policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte.” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, \_\_ de \_\_\_\_ de 2017.

---

**Assinatura do participante da pesquisa**



Impressão  
datiloscópica do  
participante

*Declaração do pesquisador responsável*

Como pesquisador responsável pelo estudo “Avaliação das condições de saúde bucal dos policiais militares pertencentes ao Batalhão de Polícia de Choque da Polícia Militar do Rio Grande do Norte.”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.


Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal, \_\_ de \_\_\_\_ de 2017.

---

**Assinatura do pesquisador responsável**

## ANEXO 1

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE</b> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b> <b>DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA</b>	
<b>FICHA FORMULÁRIO</b>	
	<b>Nº IDENTIFICAÇÃO</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>➤ <b>CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA:</b></p>	
1. Quantas pessoas, incluindo o Sr (a), residem na sua casa?	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Quantos cômodos estão servindo permanente de dormitório para os moradores de sua casa?	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Quantos bens tem em sua residência? (Considerar como bens: Televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefones, máquina de lavar roupas, microcomputador e número de carros).	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos?(Considere: 1- até 500, 2- de 501 a 1500, 3- de 1501 a 2500, 4- de 2501 a 4500, 5- de 4501 a 9500, 6- mais de 9500. Em reais.)	<input type="text"/>
<p>➤ <b>ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS:</b></p>	
5. Até que série o Sr.(a) estudou?	<input type="text"/>
6. O Sr. Acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0- Não; 1- Sim; 9- Não sabe/Não respondeu.	<input type="text"/>
7. O Nos últimos 6 meses o Sr.(a) teve dor de dente? 0- Não; 1- Sim; 9- Não sabe/Não respondeu.	<input type="text"/>
8. Alguma vez na vida o Sr.(a) já foi no consultório do dentista? 0- Não; 1- Sim; 9- Não sabe/Não respondeu.	<input type="text"/>
9. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela ultima vez? 1- Menos de 1 ano; 2- Um a Dois anos; 3- Três anos ou mais; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu.	<input type="text"/>
10. Onde foi sua ultima consulta? 1- Serviço Público; 2- Serviço Particular; 3- Plano de saúde ou convênio; 4- Outros; 8- Não se aplica; 9- Não sabe/Não respondeu.	<input type="text"/>

**ANEXO 2**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**FICHA DE EXAME**

**Nº IDENTIFICAÇÃO**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

IDADE EM ANOS

sexo

Raça/Cor

REALIZAÇÃO DO EXAME

1 - MASCULINO  
2 - FEMININO

1-BRANCA  
2-PRETA  
3-PARDA  
4-INDÍGENA

1-REALIZADO.  
2-NÃO REALIZADO - FALTA DE AUTORIZAÇÃO.  
3- NÃO REALIZADO POR OUTRAS RAZÕES.

**CÁRIE DENTÁRIA**

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Código	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado
3	Perdido
4	Excluído

**CONDIÇÃO PERIODONTAL**

	sangramento	Cálculo	Bolsa
0	Ausência	Ausência	Ausência
1	Presença	Presença	Presença Bolsa Rasa
2	-	-	Presença Bolsa Profunda
X	Sextante Excluído	Sextante Excluído	Sextante Excluído
9	Não Examinado	Não Examinado	Não Examinado

17/16

Sangramento Gingival

11

Cálculo Dentário

26/27

Bolsa Periodontal

37/36

31

46/47

**USO DE PRÓTESE**

0	Não Usa	Não Necessita
1	Usa	Necessita
9	Sem informação	Sem informação

SUP INF

**NECESSIDADE DE PRÓTESE**

SUP INF



### ANEXO 3

#### **Códigos e Critérios utilizados no CPOD, segundo a OMS:**

0 – Coroa Hígida;

- Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- manchas rugosas resistentes à pressão da sonda OMS;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda OMS;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

1 – Coroa Cariada

Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda OMS deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, deve-se adotar, como regra de decisão, considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto, este enfoque epidemiológico não implica admitir que há necessidade de uma restauração.

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a (s) restauração (ões).

Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, deve-se registrar o código “1”. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1.

2 – Coroa Restaurada

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. A

presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento *restaurado*.

### 3 – Dente Perdido

Quando um dente permanente foi extraído por causa de cárie.

### 4 – Dente Excluído

Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (banda ortodônticas, hipoplasias severas etc.). Quando a ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral. E quando o dente permanente ainda não foi erupcionado ou quando um dente que é parte de uma prótese fixa.

Código utilizados no CPO-D.

Código	Condição
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado
3	Perdido
4	Excluído

## ANEXO 4

### Códigos e Critérios utilizados no CPI, segundo a OMS:

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo.

Sangramento:

0 – *Ausência*

1 – *Presença*

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Cálculo Dentário:

0 – *Ausência*

1 – *Presença*

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão)

Bolsa Periodontal:

0 – *Ausência*

1 – *Presença de Bolsa Rasa*: Quando a marca preta da sonda fica parcialmente coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm.

2 – *Presença de Bolsa Profunda*: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm.

X – *Sextante excluído* (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante)

9 – *Não examinado* (quando o índice não se aplica à idade em questão).

#### Códigos utilizados no CPI.

	sangramento	Cálculo	Bolsa
0	Ausência	Ausência	Ausência
1	Presença	Presença	Presença Bolsa Rasa
2	-	-	Presença Bolsa Profunda
X	Sextante Excluído	Sextante Excluído	Sextante Excluído
9	Não Examinado	Não Examinado	Não Examinado

## ANEXO 5

### **Códigos e Critérios utilizados no índice do Uso e Necessidade de prótese, segundo a OMS:**

0	Não Usa prótese dentária: Nenhum espaço protético, desdentado parcial mas sem prótese presente, Desdentado total e sem prótese presente.	Não Necessita de prótese dentaria: Todos os dentes presentes, espaços protéticos presentes com próteses, desdentado total mas com presença de prótese.
1	Usa prótese dentaria: um ou mais ponte fixa, prótese parcial removível ou prótese total.	Necessita prótese dentaria: fixa ou removível para substituição de um ou mais dentes, desdentado total sem estar usando prótese no momento.
9	Sem informação	Sem informação