



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



# **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso

Aluna: Juliana Neide Amato

Orientadora: Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa

Ano de Conclusão do Curso: 2011



**Universidade Estadual de Campinas**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba**



## **Impacto da gengivite na qualidade de vida antes e após um programa educativo-preventivo em crianças**

**Aluna:** Juliana Neide Amato

Piracicaba

2011

Juliana Neide Amato

## **Impacto da gengivite na qualidade de vida antes e após um programa educativo-preventivo em crianças**

Monografia apresentada ao curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, para obtenção do Diploma de Cirurgiã-Dentista.

**Orientadora:** Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa

Piracicaba

2011

2

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

Am15i Amato, Juliana Neide, 1989-  
Impacto da gengivite na qualidade de vida antes e  
após um programa educativo-preventivo em crianças /  
Juliana Neide Amato. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011.

Orientador: Taís de Souza Barbosa.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Odontopediatria. 2. Placa dentária. 3. Saúde  
bucal. 4. Bem-estar da criança. I. Barbosa, Taís de  
Souza, 1980- II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus familiares. Ao meu pai, Ângelo, minha mãe Delfina, e aos meus irmãos: Luigi e Salvatore.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela oportunidade de realização de um grande sonho.

Gostaria de agradecer ao meu pai, Ângelo e à minha mãe, Delfina por todo apoio e suporte que eles têm me cedido. Também agradeço pelo grande esforço em me proporcionar uma boa educação.

Aos meus irmãos, pelo incentivo, amizade e preocupação que me forneceram.

Agradeço aos meus avós por todo encorajamento e pelas bases que formaram meu caráter.

Especial agradecimento à Profa. Dra. Tais de Souza Barbosa pela orientação deste trabalho e à Profa. Dra. Maria Beatriz Duarte Gavião pela oportunidade de iniciação científica e suporte para que a pesquisa se desenvolvesse da melhor forma.

## RESUMO

A prevalência de gengivite em crianças é alta, atingindo maior grau de severidade no início da adolescência. O estudo do impacto da gengivite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças ainda é escasso na literatura, sendo necessárias novas pesquisas sobre o assunto. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar 20 crianças, com idade entre 11 e 12 anos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de gengivite. Foi verificado o impacto da condição gengival na qualidade de vida antes e após o programa educativo-preventivo para o controle do biofilme dental e do sangramento gengival, realizado em quatro sessões. Os resultados foram avaliados por meio do teste de normalidade Shapiro-Wilks, teste t pareado para verificar a diferença estatística entre os escores de mudança, cálculo do *effect size* para verificar a magnitude da mudança e teste de Kruskal-Wallis para verificar a diferença entre as médias dos grupos relatando melhora, estabilidade ou piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. O nível de significância considerado foi de  $\alpha=0,05$ . Houve melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o programa educativo-preventivo, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. A magnitude da diferença entre as médias foi pequena ( $ES=0,14$ ). Não houve diferença significativa nos escores de Child-OIDP entre as crianças que relataram “muita” ou “pouca” melhora da qualidade de vida relacionada à saúde bucal ( $p>0,05$ ). Apenas um dentre 20 sujeitos relatou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal permaneceu a mesma após o programa educativo-preventivo. Os resultados encontrados sugerem discreta melhora na condição clínica e na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças após o programa educativo-preventivo.

**Palavras-chave:** Gengivite, Qualidade de vida, Criança, Prevenção & Controle

## **ABSTRACT**

The prevalence of gingivitis in children is high, reaching a higher degree of severity in early adolescence. The study of the impact of gingivitis on the oral health-related quality of life of children is still scarce in the literature and requires further research about this subject. The purpose of this study was to evaluate 20 children of both genders aged 11 to 12 years with diagnosis of gingivitis. The impact of gingival condition on quality of life before and after four educational-preventive sessions to control of gingival bleeding and dental biofilm was evaluated. The results were submitted to Shapiro-Wilks-W test, paired t-test to verify the statistical difference between the change scores, calculation of the effect size to verify the magnitude of change and Kruskal-Wallis test to examine the differences between the means of groups reporting improvement, stability and deterioration on the oral health-related quality of life. The significance level was set at  $\alpha=0.05$ . There was improvement in oral health-related quality of life of children after the educational-preventive program, although the difference was not statistically significant. The magnitude of the difference of means was small (ES = 0.14). There was no significant difference in Child-OIDP scores between children who reported "a lot" or "little" improvement of their oral health-related quality of life ( $p > 0.05$ ). Only one of 20 subjects perceived that oral health-related quality of life remained the same after the educational-preventive program. The results suggest a slight improvement in clinical status and perceived oral health-related quality of life of children after the educational-preventive program.

**Key words:** Gingivitis, Quality of life, Child, Prevention & Control

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 – REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>08</b>
<b>3 – PROPOSIÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>4 – MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>5 – RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
<b>6 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>7 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO 1 – Anamnese.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXO 2 – Ficha clínica.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO 3 – Escala de avaliação da qualidade de vida.....</b>	<b>26</b>

## **1. INTRODUÇÃO**

Conceitos atuais em saúde não estão apenas focados no controle da doença periodontal, mas também na satisfação do paciente (Matthews & McCulloch, 1993; Fardal *et al.*, 2002; Lee *et al.*, 2002). Essa perspectiva é compatível com o conceito de saúde como recurso e não simplesmente como ausência de doença (Public Health Service, 1990). No estudo de Gherunpong *et al.* (2004), a presença de sangramento e inchaço gengival estiveram associadas à dificuldade de higienização em crianças. Estas crianças também relataram que evitavam escovar os dentes devido ao sangramento provocado, o que poderia perpetuar a doença (Gherunpong *et al.*, 2004). No estudo de Mtaya *et al.* (2007), a qualidade de vida das crianças também foi comprometida pela presença de mau hálito, condição frequentemente associada à inflamação gengival (Kara *et al.*, 2006).

Sendo assim, o desenvolvimento deste estudo justifica-se considerando que a gengivite é uma das doenças bucais que mais acometem crianças e adolescentes e entre as doenças periodontais é a que apresenta maior incidência em crianças de 12 anos de idade. Considerando que a avaliação sobre o impacto da gengivite na qualidade de vida mostra-se importante, são necessários novos estudos melhor esclarecer a relação entre estas variáveis. Além disso, a associação de medidas educativo-preventivas à orientação de higiene oral diária tem se mostrado um método eficaz para o controle do biofilme e sangramento gengival em crianças.

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças com gengivite, antes e após um programa educativo- preventivo para o controle do biofilme e do sangramento gengival.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A gengivite é a forma mais prevalente de doença periodontal e vem acometendo grande parte das crianças nos últimos anos (Chambrone *et al.*, 2010). As características clínicas da gengivite são vermelhidão, inchaço, ausência de contorno e presença de sangramento espontâneo ou ao leve estímulo (Clerehugh & Tugnait, 2001). À medida que a criança se desenvolve observa-se o aumento da incidência e severidade da gengivite, sendo observada em aproximadamente 80% das crianças com idade entre 11 e 13 anos (Modeér & Wondimu, 2000; Jenkins & Papapanou, 2001; Oh *et al.*, 2002). Segundo Chambrone *et al.* (2010), a severidade

da gengivite nas superfícies proximais dos dentes permanentes está diretamente relacionada à quantidade de depósitos de placa bacteriana e à presença de sangramento à sondagem. A permanência do biofilme pelo período de 10 a 21 dias é suficiente para o estabelecimento de um quadro de inflamação gengival, mas reversível se métodos apropriados de controle do biofilme forem instituídos (van der Velden, 2006).

Outros fatores, locais e sistêmicos, podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento da gengivite (Clerehugh & Tugnait, 2001), tais como distúrbios genéticos, hematológicos, hormonais e metabólicos têm sido associados à inflamação gengival (Matsson, 2001). Alguns medicamentos, como anfetamina, ciclosporina, fenitoína, nifedipina, podem levar ao crescimento gengival, o que dificulta a higienização e favorece o acúmulo de biofilme (Doufexi *et al.*, 2005). Dentre os fatores locais, lesões de cárie e restaurações sem adaptação marginal (Albandar *et al.*, 1995), apinhamento dentário (Cortellazzi *et al.*, 2008), respiração bucal e ausência de selamento labial (Gulati *et al.*, 1998), uso de aparelho ortodôntico (Ristic *et al.*, 2008), contribuíram para o desenvolvimento da gengivite em diversos estudos.

Diversos índices são utilizados para diagnóstico da gengivite (Løe, 1967; Carter & Barnes 1974, Ainamo & Bay, 1975; Ainamo *et al.*, 1982; Who, 1997). O Índice Periodontal Comunitário tem se mostrado uma medida simples e eficaz, sendo o diagnóstico de gengivite considerado pela presença ou ausência de sangramento à sondagem de seis dentes-índices (sextantes) (WHO, 1997). O auto-relato também tem sido bastante utilizado para o diagnóstico de gengivite, demonstrando ser um método válido para uso em crianças e adolescentes (Kallio *et al.*, 1994; Kallio, 1996; Taani & Alhaija, 2003). Estudos realizados nesta população encontraram boa concordância entre os resultados objetivos (clínicos) e subjetivos (auto-relato) (Kallio *et al.*, 1994; Kallio, 1996), justificando o uso da autopercepção como medida complementar no monitoramento da saúde gengival.

A motivação em programas educativos-preventivos tem grande importância na redução e controle do índice de sangramento gengival e biofilme, sendo muito mais efetiva se acompanhada por sessões de reforço continuado (Toassi & Petry, 2002). Além disso, a associação de técnicas de instrução individual direta com recursos audiovisuais apresenta melhores resultados na motivação dos pacientes.

Estes recursos visam instituir a escovação dental como rotina de vida da criança (Toassi & Petry, 2002). Para Taani *et al.* (2003), mais importante do que a frequência é a eficácia da escovação para o controle da doença. Ainda, a técnica de escovação parece ser mais importante na efetividade do controle do biofilme do que o tempo de duração da escovação (Ashley, 2001; Attin & Hornecker, 2005). A utilização de um método auxiliar para controle do biofilme nas superfícies interproximais mostra-se necessário, devido ao acesso limitado da escova a estes locais (Sjögren *et al.*, 2004), facilitando o acúmulo de biofilme nesta região (Ramberg *et al.*, 1995). Assim, para o controle efetivo do biofilme, a literatura recomenda a escovação pelo menos duas vezes ao dia (manhã e noite) e o uso do fio dental uma vez ao dia (Attin & Hornecker, 2005; Claydon, 2008; Ohrn & Sanz, 2009). A associação do controle profissional do biofilme à prática de higiene oral diária também tem sido eficaz na redução do biofilme, além de proporcionar satisfação e incentivo ao paciente (Needleman *et al.*, 2005).

Considerando que conceitos atuais em saúde enfatizam a importância de resultados focados na satisfação do paciente e não somente no controle da doença periodontal (Fardal *et al.*, 2002; Lee *et al.*, 2002), estudos sobre o impacto da condição gengival na vida diária mostram-se necessários. A literatura atual sobre o assunto em crianças e adolescentes ainda é controversa, enquanto alguns estudos encontraram associação entre presença de gengivite e comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde bucal destes indivíduos (Gherunpong *et al.*, 2004; Mtaya *et al.*, 2007), outros não encontraram esta relação (Barbosa *et al.*, 2009; Krisdapong *et al.*, 2009).

### **3. PROPOSIÇÃO**

O presente estudo objetivou avaliar o impacto da gengivite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças de 11 e 12 anos de idade, antes e após um programa educativo-preventivo para o controle do biofilme dental e do sangramento gengival.

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. Seleção da amostra**

A amostra consistiu de 20 crianças, de ambos os gêneros, com idade entre 11 e 12 anos, as quais foram selecionadas de escolas da rede pública do Município de Piracicaba, SP. Foi solicitada dos responsáveis a devida autorização verbal e escrita para este estudo, após informação detalhada sobre todos os procedimentos e possíveis desconfortos ou riscos.

A seleção dos sujeitos foi realizada de acordo com os seguintes procedimentos:

### **4.2. Anamnese**

A anamnese foi realizada por meio de entrevista com o responsável, sendo verificados: histórico pré-natal, natal e pós-natal, histórico médico e dental e hábitos de higiene oral: frequência de escovação (nº de escovações/dia), o responsável pela escovação (criança, pais ou ambos) e uso de métodos auxiliares (fio dental e antimicrobianos) (Anexo 1). Neste momento, as crianças que apresentaram pelo menos um dos itens abaixo, foram excluídas: presença de distúrbio de origem sistêmica que possa comprometer a saúde gengival, como distúrbios genéticos, hematológicos, hormonais, metabólicos; utilização de medicamentos associados ao crescimento gengival (anfetamina, ciclosporina, fenitoína, nifedipina).

### **4.3. Exame clínico**

Os instrumentos utilizados foram os de uso rotineiro na clínica (pinça, sonda exploradora e espelho bucal, além do refletor e seringa tríplice); verificou-se também as condições dos lábios, gengiva, língua, palato, mucosa jugal, freios labial e lingual e dentes presentes e ausentes. Neste momento, as crianças que apresentaram pelo menos um dos itens abaixo, associados ao acúmulo de biofilme e controle mecânico prejudicado, foram excluídas: lesões de cárie e restaurações sem adaptação marginal; apinhamento dentário; respiração bucal e ausência de selamento labial; uso de aparelho ortodôntico; comportamento inadequado e/ou recusa em colaborar nos procedimentos odontológicos e na avaliação das variáveis propostas.

#### **4.3.1. Diagnóstico de gengivite**

A percepção da gengivite foi avaliada por meio de entrevista com a criança, apresentando duas perguntas qualitativas (sim/não), sendo considerados os relatos referentes ao período atual. As questões abrangeram informações sobre sangramento gengival espontâneo e sangramento gengival ao escovar os dentes (Kallio *et al.*, 1994; 1996; Taani & Alhaija, 2003).

Os relatos das crianças sobre a presença de gengivite foram complementados pelo exame clínico da condição gengival. O diagnóstico clínico de gengivite foi constatado pela presença de sangramento à sondagem, por meio do Índice Periodontal Comunitário (IPC) (WHO, 1997), com a criança deitada, utilizando-se luz, espelho bucal plano e sonda periodontal tipo OMS. Os dentes índices (16, 11, 26, 36, 31, 46) representativos de cada sextante bucal foram examinados por meio da inserção da sonda periodontal da OMS (20 gramas, recomenda-se como teste prático colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia) no sulco gengival dos elementos acima, com a finalidade de detectar a presença de sangramento. O tempo de observação utilizado após a sondagem para o sangramento foi de 10 a 30 segundos. Seis pontos de cada elemento foram examinados (distovestibular, mediovestibular, mesiovestibular, distolingual, mediolingual e mesiolingual), os dentes que apresentaram sangramento em qualquer um destes pontos recebeu escore 1 e a ausência de sangramento recebeu o escore zero. Os dados foram anotados em ficha clínica específica (Anexo 2).

O diagnóstico de gengivite somente foi considerado quando houve resultado positivo a pelo menos uma questão subjetiva e na presença de sangramento à sondagem em ao menos um sextante (Lang *et al.*, 1990).

#### **4.3.2. Avaliação da higiene bucal**

A higiene bucal foi avaliada por meio do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), proposto por Greene & Vermillion (1964). Os dentes índices e as respectivas superfícies receberam código de zero a três para biofilme e para cálculo dental. O resultado final do IHOS foi dado a partir da soma dos códigos de cada dente dividido pelo total de dentes examinados (Quadro 1). Os dados clínicos foram anotados em ficha clínica específica (Anexo 2).

Quadro 1 – Critérios diagnósticos e códigos usados no Índice de Higiene Oral Simplificado.

<b>Critério para biofilme</b>	<b>Código</b>	<b>Critério para cálculo</b>	<b>Código</b>
Inexistência de biofilme	0	Inexistência de cálculo	0
Pouco biofilme, menos de 1/3 da superfície dental coberta	1	Pouco cálculo, menos de 1/3 da superfície dental coberta	1
Biofilme cobrindo mais que 1/3 e menos de 2/3 da superfície dental	2	Cálculo cobrindo mais que 1/3 e menos de 2/3 da superfície dental	2
Biofilme cobrindo mais que 2/3 da superfície dental	3	Cálculo cobrindo mais que 2/3 da superfície dental	3
0 a 1 (Satisfatória); 1,1 a 2 (Regular); 2,1 a 3 (Deficiente); a partir de 3,1 (Muito ruim)			

Fonte: Greene & Vermillion, 1964

#### **4.4. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal**

Para avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das crianças foi utilizada a versão brasileira do *Child Oral Impacts on Daily Performances* (Child-OIDP) desenvolvido por Gherunpong *et al.* (2004), e validado para crianças brasileiras por Castro *et al.* (2008) (Anexo 3). O Child-OIDP possui uma lista com todos os problemas bucais que as crianças são capazes de perceber. A criança foi solicitada a identificar quais desses problemas elas apresentaram nos três meses anteriores, a relatar se os problemas experimentados causaram alguma dificuldade para realizar atividades da vida diária (comer, falar, limpar a boca, dormir, estado emocional, sorrir, estudar e contato social) e indicar a frequência e a gravidade com que a dificuldade ocorreu. A frequência foi avaliada no período mensal. A gravidade foi verificada por meio de uma escala analógica e facial, considerando pequena, média ou grande dificuldade.

#### **4.5. Programa motivacional de controle do biofilme e sangramento gengival**

Durante a anamnese, foi explicado à criança e aos pais, em linguagem acessível, que o programa educativo-preventivo consistiria de quatro sessões (American Dental Association, 1997): a primeira, para apresentar os primeiros recursos de motivação: palestra educativa, revelação de biofilme dental; orientação

direta sobre técnica de escovação (técnica de Bass) (Bass, 1954) e uso do fio dental com auxílio de macromodelos demonstrativos e macroescova; nas próximas três sessões, o programa de reforço de motivação será desenvolvido utilizando recursos audiovisuais sempre acompanhados de orientações verbais e escovação supervisionada.

A criança também foi submetida, nas quatro sessões, ao controle profissional do biofilme (profilaxia), sob técnica padronizada: recepção da criança na sala odontológica, explanação a respeito do procedimento (falar-mostrar-fazer) e realização da profilaxia em 15 minutos. Foi utilizada pedra pomes embebida em água e taça de borracha montada em baixa rotação. Por fim, instruções por escrito foram oferecidas às crianças para que realizem a higiene oral domiciliar diariamente, associando a escovação duas vezes ao dia (manhã e noite) ao uso do fio dental uma vez ao dia. Na última sessão (4ª semana) foi realizado o exame clínico final (IPC e IHOS) e aplicação do questionário (Child-OIDP). As questões do Child-OIDP foram adaptadas para esta entrevista, com a substituição do período de “três meses” por “desde a última consulta”. Neste momento, também foi verificada a percepção de mudança da saúde bucal por meio de um item com as seguintes opções de resposta: “piorou muito”, “piorou um pouco”, “permanece a mesma”, “melhorou um pouco”, “melhorou muito”.

Todos os procedimentos supracitados foram realizados por uma mesma pesquisadora treinada (JNA), em sala reservada e ambiente calmo.

#### **4.6. Análise dos dados e estatística**

Os dados foram analisados utilizando-se o software SPSS (9.0 SPSS Inc., Chicago, IL, USA):

- Teste de normalidade de Shapiro-Wilks;
- Teste t pareado: para comparar as médias dos escores do Child-OIDP antes e após o programa educativo- preventivo;

*\* Resultado positivo indica melhora, negativo indica piora e próximo de zero indica estabilidade na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.*

• *Effect size*: para comparar a magnitude da diferença entre as médias dos escores do Child-OIDP antes e após o programa educativo- preventivo;

\* *Calculado pela divisão da média de mudança pelo desvio padrão do pré-tratamento;*

\* *Valores inferiores a 0,2 indicam efeito de baixa magnitude, entre 0,2 e 0,7 moderada e acima de 0,7 de grande magnitude.*

• Teste de Mann-Whitney: para verificar a diferença entre as médias de Child-OIDP dos grupos relatando melhora, estabilidade ou piora na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

O nível de significância considerado foi de  $\alpha=0,05$ .

## 5. RESULTADOS

Foram avaliadas 20 crianças, sendo 10 meninos e 10 meninas, com idade média de  $11,3\pm 0,6$  anos.

A Tabela 1 mostra as características clínicas da amostra antes e após o programa educativo-preventivo. Doze de vinte crianças avaliadas inicialmente apresentaram diagnóstico positivo de gengivite após o programa educativo-preventivo. A higiene bucal satisfatória foi observada em 100% das crianças avaliadas no pós-tratamento, as quais totalizaram inicialmente 85 e 15% de higiene bucal satisfatória e regular, respectivamente.

Tabela 1. Características clínicas da amostra [n (%)] antes e após o programa educativo-preventivo (n=20).

Características clínicas	Programa educativo- preventivo	
	Antes	Após
Diagnóstico positivo de gengivite	20 (100,0)	12 (60,0)
Higiene bucal (IOHS)		
Satisfatória	17 (85,0)	20 (100,0)
Regular	3 (15,0)	0 (0,0)

IOHS, Índice de Higiene Oral Simplificado

A Tabela 2 mostra as diferenças nas médias dos escores de Child-OIDP e magnitude destas diferenças antes e após o programa educativo-preventivo. Houve melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o programa educativo-preventivo, porém a diferença não foi estatisticamente significativa. A magnitude da diferença entre as médias foi pequena ( $ES=0,14$ ).

Tabela 2. Médias ( $\pm DP$ ) e magnitude da diferença dos escores de Child-OIDP antes e após o programa educativo-preventivo ( $n=20$ ).

	Programa educativo- preventivo		Diferença
	Antes	Após	
Escore de Child-OIDP	27,6 (20,8)	24,7 (28,2)	2,9 (16,8)
<i>Effect size (ES)*</i>		-	0,14

Child-OIDP, Child Oral Impacts on Daily Performances

\*  $ES=$  média antes – média após/ $DP$  antes

$p>0,05$  (obtido pelo teste t pareado)

A Tabela 3 mostra as diferenças nas médias dos escores de Child-OIDP de acordo com a percepção de mudança após o programa educativo-preventivo. Não houve diferença significativa nos escores de Child-OIDP entre as crianças que relataram “muita” ou “pouca” melhora da qualidade de vida relacionada à saúde bucal ( $p>0,05$ ). Apenas um dentre 20 sujeitos relatou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal permaneceu a mesma após o programa educativo-preventivo.

Tabela 3. Médias ( $\pm DP$ ) dos escores de Child-OIDP de acordo com a percepção de mudança após o programa educativo-preventivo ( $n=20$ ).

	Escore de Child-OIDP
Percepção de mudança	(pós-tratamento)
Melhorou muito ( $n=12$ )	26,4 (33,1)
Melhorou pouco ( $n=7$ )	15,9 (11,0)
Permanece a mesma (1)	-

Child-OIDP, Child Oral Impacts on Daily Performances

\*  $ES=$  média antes – média após/ $DP$  antes

$p>0,05$  (obtido pelo teste Mann-Whitney)

## 6. DISCUSSÃO

No presente estudo o diagnóstico positivo de gengivite foi detectado em 40% das crianças após o programa educativo-preventivo, o que pode refletir deficiências na prática de higiene oral domiciliar. Isto também pode ser verificado nos resultados de higiene bucal (IOHS), considerada satisfatória em 85% dos indivíduos avaliados na primeira consulta e 100% dos indivíduos na segunda consulta, sugerindo que a avaliação da presença de biofilme dental no dia da consulta odontológica pode não refletir a prática de higiene bucal domiciliar. Neste sentido, a associação do controle profissional do biofilme à prática de higiene oral diária satisfatória teria sido mais eficaz na redução da gengivite (Needleman *et al.*, 2005). Das oito crianças com diagnóstico negativo de gengivite após o programa-educativo, seis eram meninos, o que é contrário ao estudo de Ostberg *et al.* (1999), que verificou a influência do gênero no comportamento e conhecimento em saúde bucal e encontrou que o gênero feminino apresenta vantagens em aspectos como escovação e uso de fio dental, dieta, auto-estima e uso regular de serviço odontológico. Entretanto, a comparação do presente estudo com a literatura é limitada, devido ao pequeno número da amostra avaliado, sendo necessários novos estudos para confirmar tais achados.

Houve discreta melhora na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças após o programa educativo-preventivo. Este resultado é compatível com o diagnóstico positivo de gengivite em 40% da amostra, confirmando a validade da medida subjetiva utilizada (Guyatt *et al.*, 1986). No estudo de Gherunpong *et al.* (2004), a presença de sangramento e inchaço gengival estiveram associadas à dificuldade de escovação em crianças. Estas crianças ainda relataram que evitavam escovar os dentes devido ao sangramento provocado, o que poderia perpetuar a doença. Isto também poderia justificar os resultados encontrados no presente estudo, uma vez que o diagnóstico de gengivite somente foi considerado quando do resultado positivo a pelo menos uma questão subjetiva (referente ao sangramento gengival espontâneo ou durante a escovação) e na presença de sangramento à sondagem em ao menos um sextante (Lang *et al.*, 1990). Todas as crianças com diagnóstico positivo após o programa educativo-preventivo (n=12) relataram sangramento gengival durante a escovação e duas relataram também sangramento gengival espontâneo, o que poderia causar

desconforto durante a escovação e conseqüente deficiência na prática de higiene bucal.

A percepção de mudança é frequentemente utilizada como “padrão ouro” em estudos que avaliam a sensibilidade à mudança de medidas de qualidade de vida relacionada à saúde. A vantagem é que a percepção de mudança não é influenciada pelo humor o indivíduo (Fitzpatrick *et al.*, 1993). No presente estudo, não houve diferença significativa na percepção de qualidade de vida após o programa educativo-preventivo entre crianças que relataram “muita” ou “pouca” melhora da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o que pode ser justificado pela pequena diferença entre as percepções, uma vez que ambas seriam categorias da mesma percepção (melhora). Apenas um dentre vinte sujeitos relatou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal permaneceu a mesma após o programa educativo-preventivo.

## **7. CONCLUSÃO**

Os resultados encontrados sugerem discreta melhora na condição clínica e na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças após o programa educativo-preventivo.

## **REFERÊNCIAS**

Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J*. 1982 Sep;32(3):281-91.

Albandar JM, Buischi YA, Axelsson P. Caries lesions and dental restorations as predisposing factors in the progression of periodontal diseases in adolescents. A 3-year longitudinal study. *J Periodontol*. 1995 Apr;66(4):249-54.

American Dental Association. Adjunctive Dental Therapies for the Reduction of Plaque and Gingivitis; Acceptance Program Guidelines. Council on Scientific Affairs, 1997. [[http://www.ada.org/seal/standards/guide\\_adjunctive.pdf](http://www.ada.org/seal/standards/guide_adjunctive.pdf)] [accessed on 15 August 2010].

Ashley P. Toothbrushing: why, when and how? *Dent Update*. 2001 Jan-Feb;28(1):36-40.

Attin T, Hornecker E. Tooth brushing and oral health: how frequently and when should tooth brushing be performed? *Oral Health Prev Dent.* 2005;3(3):135-40.

Barbosa TS, Tureli MC, Gavião MB. Validity and reliability of the Child Perceptions Questionnaires applied in Brazilian children. *BMC Oral Health.* 2009 May 18;9:13.

Bass CC. An effective method of personal oral hygiene. *J La State Med Soc* 1954;106:100-112.

Carter HG, Barnes GP. The Gingival Bleeding Index. *J Periodontol.* 1974 Nov;45(11):801-5.

Castro RA, Cortes MI, Leão AT, Portela MC, Souza IP, Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Child-OIDP index in Brazil: cross-cultural adaptation and validation. *Health Qual Life Outcomes.* 2008 Sep 15;6:68.

Chambrone L, Macedo SB, Ramalho FC, Trevizani Filho E, Chambrone LA. Prevalência e severidade de gengivite em escolares de 7 a 14 anos: condições locais associadas ao sangramento à sondagem. *Cien Saude Colet.* 2010 Mar;15(2):337-43.

Claydon N. Current concepts in toothbrushing and interdental cleaning. *Periodontology 2000.* 2008;48:10–22.

Clerehugh V, Tugnait A. Diagnosis and management of periodontal diseases in children and adolescents . *Periodontology 2000.* 2001;26:146–68.

Cortellazzi KL, Pereira SM, Tagliaferro EP, Ambrosano GM, Zanin L, Meneghim Mde C, Hebling E, Pereira AC. Risk indicators of gingivitis in 5-year-old Brazilian children. *Oral Health Prev Dent.* 2008;6(2):131-7.

Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival overgrowth in children: epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. *Periodontol.* 2005 Jan;76(1):3-10.

Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Patient perceptions of periodontal therapy completed in a periodontal practice. *J Periodontol.* 2002 Sep;73(9):1060-6.

Fitzpatrick R, Ziebland S, Jenkinson C, Mowat A, Mowat A. A comparison of the sensitivity to change of several health status instruments in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1993 Mar;20(3):429-36.

Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health*. 2004 Jun;21(2):161-9.

Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc*. 1964 Jan;68:7-13.

Gulati MS, Grewal N, Kaur A. A comparative study of effects of mouth breathing and normal breathing on gingival health in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 1998 Sep;16(3):72-83.

Guyatt G, Bombardier C, Tugwell P. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials. *J Can Med Assoc*. 1986; 134(8): 889–95.

Jenkins WM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontol 2000*. 2001;26:16-32.

Kallio P, Nordblad A, Croucher R, Ainamo J. Self-reported gingivitis and bleeding gums among adolescents in Helsinki. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994 Oct;22(5 Pt 1):277-82.

Kallio P. Self-assessed bleeding in monitoring gingival health among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1996 Apr;24(2):128-32.

Kara C, Tezel A, Orbak R. Effect of oral hygiene instruction and scaling on oral malodour in a population of Turkish children with gingival inflammation. *Int J Paediatr Dent*. 2006 Nov;16(6):399-404.

Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing: an indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol*. 1990 Nov;17(10):714-21.

Lee JM, Song KB, Sohn HY, Jeong SH, Kwon HK. Comparison between patient expectation before and satisfaction after periodontal surgical treatment. *J Periodontol*. 2002 Sep;73(9):1037-42.

Löe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol*. 1967 Nov-Dec;38(6):Suppl:610-6.

Matsson L. Periodontal conditions in children and adolescents. In: Koch G, Poulson S, editors. *Pediatric dentistry – a clinical approach*. Copenhagen (Denmark): Munksgaard; 2001. p. 235–52.

Matthews DC, McCulloch CA. Evaluating patient perceptions as short-term outcomes of periodontal treatment: a comparison of surgical and non-surgical therapy. *J Periodontol*. 1993 Oct;64(10):990-7.

Mod er T, Wondimu B. Periodontal diseases in children and adolescents. *Dent Clin North Am.* 2000 Jul;44(3):633-58.

Mtaya M, Astr m AN, Tsakos G. Applicability of an abbreviated version of the Child-OIDP inventory among primary schoolchildren in Tanzania. *Health Qual Life Outcomes.* 2007 Jul 13;5:40.

Needleman I, Suvan J, Moles DR, Pimlott J. A systematic review of professional mechanical plaque removal for prevention of periodontal diseases. *J Clin Periodontol.* 2005;32 Suppl 6:229-82.

Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol.* 2002 May;29(5):400-10.

Ohrn K, Sanz M. Prevention and therapeutic approaches to gingival inflammation. *J Clin Periodontol.* 2009 Jul;36 Suppl 10:20-6.

Ostberg AL, Halling A, Lindblad U. Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents. *Acta Odontol Scand.* 1999;57(4):231-6.

Public Health Service. *Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1990.

Ramberg P, Axelsson P, Lindhe J. Plaque formation at healthy and inflamed gingival sites in young individuals. *J Clin Periodontol.* 1995 Jan;22(1):85-8.

Ristic M, Vlahovic Svabic M, Sasic M, Zelic O. Effects of fixed orthodontic appliances on subgingival microflora. *Int J Dent Hyg.* 2008 May;6(2):129-36.

Sjögren K, Lundberg AB, Birkhed D, Dudgeon DJ, Johnson MR. Interproximal plaque mass and fluoride retention after brushing and flossing--a comparative study of powered toothbrushing, manual toothbrushing and flossing. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2(2):119-24.

Taani DQ, Alhajja ES. Self-assessed bleeding as an indicator of gingival health among 12-14-year-old children. *J Oral Rehabil.* 2003 Jan;30(1):78-81.

Taani DS, al-Wahadni AM, al-Omari M. The effect of frequency of toothbrushing on oral health of 14-16 year olds. *J Ir Dent Assoc.* 2003;49(1):15-20.

Toassi RFC, Petry PC. Motiva o no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública* 2002;36(5):634-7.

van der Velden U. The significance of supragingival plaque accumulation in periodontal disease. *Int J Dent Hyg.* 2006 Sep;4 Suppl 1:11-4;

World Health Organization. Oral health surveys. Basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

## ANEXO 1 – ANAMNESE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### 1. ANAMNESE

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

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Estado civil:  solteira  casada  divorciada  viúva  outros

Grau de instrução:  sem escolaridade  1º grau  2º grau  superior

Profissão \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Estado civil:  solteira  casada  divorciada  viúva  outros

Grau de instrução:  sem escolaridade  1º grau  2º grau  superior

Profissão \_\_\_\_\_

Primeiro filho?  sim  não+ \_\_\_\_\_ filhos

Idades \_\_\_\_\_

Com quem a criança mora? \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

### **História pré-natal, natal, neo-natal e pós-natal**

Medicações, tabaco, álcool:  sim  não \_\_\_\_\_

Outras manifestações durante a gravidez (doenças): \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ intercorrências: \_\_\_\_\_

Nascimento:  a termo  prematuro idade materna: \_\_\_\_\_ anos

Doenças durante o 1º mês de vida: \_\_\_\_\_

História/presença de doenças sistêmicas na criança: \_\_\_\_\_

História/uso de medicamentos na criança: \_\_\_\_\_

Variáveis corporais	
Peso:	
Altura:	
IMC (peso/altura <sup>2</sup> ):	

História/presença de doenças sistêmicas na família: \_\_\_\_\_

História/uso de medicamentos na família: \_\_\_\_\_

### **História dental**

Já foi ao dentista?  sim  não

Se sim, especifique:

Comportamento:  Bom  Regular  Ruim

Problemas manifestados: \_\_\_\_\_

Se nunca foi ao dentista, especifique o motivo: \_\_\_\_\_

Medo da criança  Não acha necessário  Falta de oportunidade

Tempo disponível

Outros \_\_\_\_\_

## **2. AVALIAÇÃO PREVENTIVA**

Cárie dental na família:  mãe  pai  irmãos

Comentários \_\_\_\_\_

Higiene dental:  escova  fio dental  bochecho  pastilha  flúor

(consultório)

Freqüência de escovação por dia: ( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 a 4 vezes ( ) Às vezes  
( ) Não escova

Freqüência do uso de fio dental por dia: ( ) 1 vez ( ) 2 vezes ( ) 3 a 4 vezes ( ) Às vezes  
( ) Não usa

Responsável pela escovação:  pais  criança  ambos

A criança já teve informação sobre higiene bucal  sim  não

Se sim, local:  escola  consultório  outros \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – FICHA CLÍNICA

**NOME:** \_\_\_\_\_

Sangramento gengival espontâneo?  sim  não

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sangramento gengival ao escovar os dentes?  sim  não

### SANGRAMENTO GENGIVAL - 1

	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>26</b>	
<b>V</b>				<b>SUPERIOR</b>
<b>P</b>				
<b>L</b>				<b>INFERIOR</b>
<b>V</b>				
	<b>46</b>	<b>31</b>	<b>36</b>	

- *Inserção da sonda no sulco gengival, deslizar de mesial para distal em todo sulco vestibular e palatino/lingual; tempo de observação de sangramento após a sondagem: 10 a 30 segundos.*

### PRESENÇA DE BIOFILME - 1

	<b>16 V</b>	<b>11 V</b>	<b>26 V</b>	
<b>1/3 cervical</b>				<b>SUPERIOR</b>
<b>1/3 médio</b>				
<b>1/3 incisal</b>				<b>INFERIOR</b>
	<b>46 L</b>	<b>31 V</b>	<b>36 L</b>	

### PRESENÇA DE CÁLCULO - 1

	<b>16 V</b>	<b>11 V</b>	<b>26 V</b>	
<b>1/3 cervical</b>				<b>SUPERIOR</b>
<b>1/3 médio</b>				
<b>1/3 incisal</b>				<b>INFERIOR</b>
	<b>46 L</b>	<b>31 V</b>	<b>36 L</b>	

- *Passar a sonda sobre a superfície vestibular ou lingual e verificar a presença de biofilme/cálculo no 1/3 cervical, médio e/ou incisal.*

**DIAGNÓSTICO DE GENGIVITE:**

positivo  negativo

## ANEXO 3 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

### Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança (OIDP-Infantil)

#### Instruções para aplicação

#### Identificação

A identificação da criança deve ser preenchida antes da aplicação do questionário.

#### Etapas da Entrevista

##### 1ª Etapa: Identificar os problemas bucais percebidos pelas crianças

A entrevista começa com a Folha 1, entregue a todas as crianças presentes em sala de aula, sendo que o professor deve ler as perguntas. A criança deverá marcar com um X o(s) problema(s) que tem ou teve nos últimos 3 (três) meses (dar uma referência dizendo o nome do mês em que se iniciou o período, de acordo com a data da entrevista. Ex: se a entrevista é no mês de março, dizer "desde o mês de janeiro").

##### 2ª Etapa: Avaliação dos impactos bucais na qualidade de vida das crianças

A entrevista individual conta com o auxílio de uma lista completa dos problemas bucais (Folha 1) e a escala analógica e facial (Quadro 1).

As respostas serão anotadas no Formulário de Registro OIDP-Infantil (Folha 2).

#### Inicie a entrevista

##### Instruções para o preenchimento da Folha 1

*Entregue a Folha 1 e leia para as crianças:*

Isto não é prova. Não existe resposta certa ou errada. Sinta-se à vontade para responder as perguntas. Suas respostas são muito importantes porque elas ajudarão os dentistas a entenderem pessoas como você e adotarem um tratamento dentário adequado às necessidades. Portanto, pense com cuidado antes de responder o que realmente aconteceu com você. (Em seguida, leia o item "1ª Etapa" da Folha 1 para as crianças e aguarde que elas respondam)

##### Instruções para o preenchimento da Folha 2

*A criança deve estar com a Folha 1 respondida em mãos. Em seguida, passe ao preenchimento da Folha 2.*

*Leia para as crianças:*

Considerando as suas respostas sobre os problemas que você teve com seus dentes e boca nos últimos três meses, eu gostaria de saber como eles afetaram o seu dia a dia.

Nos últimos três meses, algum destes problemas, marcados na Folha 1 (aponte para a folha), causou dificuldade para \_\_\_\_\_? (LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO – FOLHA 2)

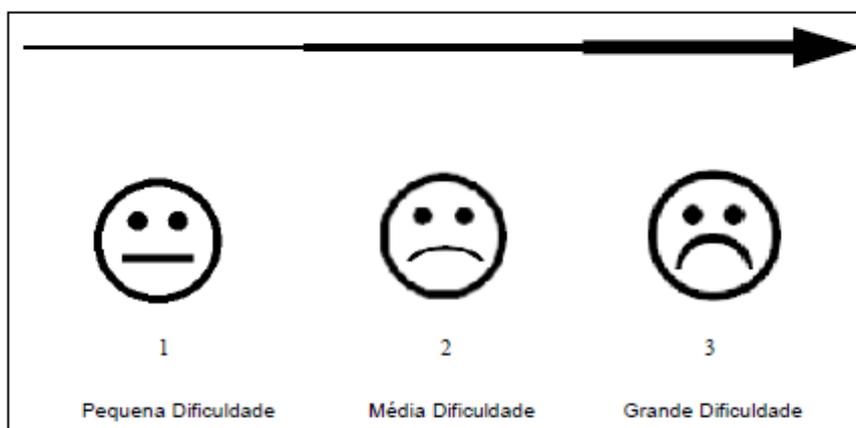
Faça a pergunta para cada atividade. Se para uma atividade a resposta for NÃO, então marque 0 (ZERO) tanto para gravidade como também para a frequência e passe para a próxima atividade. Se a resposta for SIM, leia as Perguntas: a) Gravidade, b) Frequência e c) Problemas Percebidos, para cada atividade.

#### Pergunta a) Gravidade

Vou fazer algumas perguntas sobre a gravidade desta dificuldade quando ela aconteceu.

Observe a escala abaixo de 1 a 3. A gravidade da dificuldade aumenta da esquerda para a direita da escala. A figura 1 representa pequena dificuldade, a figura 2 representa média dificuldade e a figura 3 representa grande dificuldade (Usar a escala do quadro 1).

Qual número você acha que reflete o efeito da dificuldade para \_\_\_\_\_ (LER A ATIVIDADE) no seu dia a dia?



Quadro 1 - Escala analógica e facial

#### Pergunta b) Frequência

Aconteceu uma ou mais vezes por mês ou menos de uma vez por mês?

- 1- Se aconteceu uma ou mais vezes por mês, siga para a Pergunta b1
- 2- Se aconteceu menos de uma vez por mês, siga para a Pergunta b2

Pergunta b1) Se aconteceu uma ou mais vezes por mês:	
- Uma ou duas vezes por mês	1
- Três ou mais vezes ao mês ou uma ou duas vezes por semana.	2
- Três ou mais vezes por semana	3

Pergunta b2) Se a dificuldade aconteceu menos de uma vez por mês, por quantos dias aconteceu no total?	
- 1 a 7 dias	1
- 8 a 15 dias	2
- mais do que 15 dias	3

**Pergunta c) Problemas Percebidos**

Nesse momento a criança deve ter a Folha 1 em mãos e cada atividade do Formulário de Registro deve ser lida e relacionada com os problemas marcados. Escreva na coluna "Problema(s)" o(s) código(s) do(s) problema(s) assinalado(s) pela criança na Folha 1, que tenha(m) afetado a "Atividade" da linha correspondente.

Por exemplo: se a atividade "Comer (ex. refeição, sorvete)" estiver sendo dificultada por "Dor de dente", "Cárie ou buraco no dente" e "Dente de leite mole" devem ser marcados os códigos 1, 3 e 4 na coluna "Problema(s)".

Observação: se a resposta da Folha 1 incluir "Outros", escreva o(s) problema(s) por extenso.

De acordo com os problemas de sua boca e de seus dentes, listados na Folha 1 (da 1ª Etapa), você pode dizer qual(is) deles causou (causaram) dificuldade para \_\_\_\_\_ ?  
(LER CADA ATIVIDADE NO FORMULÁRIO DE REGISTRO - FOLHA 2)

1- Dor de dente
2- Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
3- Cárie ou buraco no dente
4- Dente de leite mole
5- Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
6- Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
7- Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
8- Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
9- Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
10- Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
11- Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
12- Tártaro
13- Feridas na boca
14- Mau hálito (bafo)
15- Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
16- Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
17- Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
Outros Quais? _____

Quadro 2 - Códigos da lista de problemas bucais preenchida na 1ª Etapa

Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho das Atividades Diárias da Criança  
(OIDP-Infantil)

Número do termo de consentimento: \_\_\_\_\_ Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Turma: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

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

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

1ª Etapa: Nos últimos três meses, desde \_\_\_\_\_, você teve algum problema na sua boca ou nos seus dentes?

Marque com um X o(s) problema(s) que você tem ou teve nos últimos 3 meses.

- ( ) Dor de dente
- ( ) Dentes sensíveis (quando come ou bebe: doces, alimentos quentes como leite ou café e gelados como sorvete)
- ( ) Cárie ou buraco no dente
- ( ) Dente de leite mole
- ( ) Espaço entre os dentes (porque um dente permanente, novo ou definitivo, não nasceu)
- ( ) Dente permanente (novo ou definitivo) quebrado
- ( ) Cor do dente (ex. mais amarelado, escuro ou manchado)
- ( ) Forma ou tamanho do dente (ex. dente com forma ou tamanho anormal, maior ou menor que os outros)
- ( ) Posição do dente (ex. dentes encavalados, trepados, tortos, para fora ou separados)
- ( ) Sangramento na gengiva (ex. quando escova os dentes)
- ( ) Gengiva inchada (ex. inflamada, ou mais avermelhada)
- ( ) Tártaro
- ( ) Feridas na boca
- ( ) Mau hálito (bafo)
- ( ) Boca ou rosto deformados (ex. lábio leporino, fenda palatina)
- ( ) Dente permanente (novo ou definitivo) nascendo
- ( ) Dente permanente (novo ou definitivo) perdido, faltando ou arrancado
- ( ) Outros Quais? \_\_\_\_\_

## Formulário de Registro OIDP-Infantil

Atividades	a)Gravidade	b)Frequência		c)Problema(s)
		b1	b2	
1. Comer (ex. refeição, sorvete)				
2. Falar claramente				
3. Limpar a boca (ex. escovar os dentes e bochechar)				
4. Dormir				
5. Manter o seu estado emocional (humor) sem se irritar ou estressar				
6. Sorrir, rir e mostrar os dentes sem sentir vergonha				
7. Fazer as tarefas da escola (ex. ir à escola, aprender em sala de aula, fazer o dever de casa)				
8. Ter contato com as pessoas (ex. sair com amigos, ir à casa de um amigo)				