

## ***Condições periodontais associadas aos fatores socio-econômicos na população adulta em Salvador (BA), 2005***

***André Luis Moreira***<sup>1</sup>

***Maria Isabel Pereira Vianna***<sup>2</sup>

***Maria Cristina Teixeira Cangussu***<sup>2</sup>

### ***Resumo***

Diversos estudos internacionais têm demonstrado piores condições periodontais em populações com indicadores socioeconômicos desfavoráveis. Entretanto, são escassos os trabalhos no Brasil. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e a severidade da doença periodontal na população adulta de Salvador e identificar associações entre variáveis individuais, ambientais e familiares com a doença. Realizou-se um estudo de corte transversal, com uma amostra de 372 indivíduos selecionados de 40 famílias sorteadas aleatoriamente em 7 áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal do PSF. Todos os adultos presentes no domicílio e que autorizaram o exame foram incluídos no estudo. Utilizou-se a ficha A do Sistema de Atenção Básica – MS e um questionário estruturado, para a obtenção de variáveis sociodemográficas, hábitos de higiene e de risco para a doença, o que foi mensurado através do Índice Periodontal Comunitário (IPC) e de Perda de Inserção Periodontal (PIP), segundo recomendação da OMS. Cerca de 30% dos indivíduos apresentaram profundidade de sondagem superior a 4 mm, e 43% dos sextantes encontravam-se saudáveis. O sextante inferior direito foi àquele mais afetado: 55,7%. Observou-se uma associação positiva para as variáveis fumo, etilismo e número de escovações por dia. Observa-se a necessidade de intervir de forma efetiva sobre a doença periodontal, em função da sua alta prevalência nesse grupo.

***Palavras-chave:*** doença periodontal - epidemiologia - Salvador, BA.

### ***INTRODUÇÃO***

As alterações periodontais são doenças infecciosas de origem multifatorial, que possuem a microbiota da placa como fator iniciador. Entretanto, as manifestações e a progressão são influenciadas por um amplo espectro de fatores, tais como as características individuais, fatores genéticos, anatomia dental, composição do biofilme, entre outros (NUNN, 2003). É indiscutível a sua relevância para a saúde bucal, haja vista a sua capacidade de produzir al-

terações na aparência, perda de função, dor e perda do dente, sendo que todas essas condições que afetam a qualidade de vida do indivíduo (LABRIOLA; NEEDLEMAN; MOLES, 2005).

O início e a progressão das doenças periodontais são atribuídos a altos níveis de bactérias patogênicas residentes no sulco gengival. Centenas de espécies de microorganismos já foram reconhecidas como

<sup>1</sup>Aluno do PET. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. BA

<sup>2</sup>Profa. Adjunta do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica - Faculdade de Odontologia da UFBA. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. BA

#### ***Correspondência para / Correspondence to:***

Maria Cristina Teixeira Cangussu  
Rua Araújo Pinho, 62 - Canela.  
41.110-150. Salvador - BA - Brasil.  
***E-mail:*** cangussu@ufba.br

habitantes do sulco gengival, embora nem todas essas bactérias estejam associadas à progressão da doença (LOOMER, 2004). Três patógenos específicos são repetidamente identificados como os agentes etiológicos da destruição periodontal: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bacteriodes forsythus* e *Porphyromonas gingivalis* (NUNN, 2003).

Entretanto, a mera presença de periodontopatógenos no sulco gengival não é, por si só, suficiente para iniciar ou causar a inflamação periodontal. Deve haver um aumento, em suas proporções relativas, de cepas mais virulentas, capazes de provocar danos aos tecidos. A destruição dos tecidos, como consequência da periodontite, também pode resultar de um desequilíbrio nos mecanismos protetores e destrutivos individuais, isto é, no sistema imunológico, iniciado pelo processo infeccioso (LOOMER, 2004).

Em relação ao sistema de proteção, após a infecção periodontal, a resposta local típica consiste no recrutamento e migração de leucócitos polimorfonucleares para o local da infecção. Se eles eliminarem com sucesso os patógenos e seus produtos, através de fagocitose e mecanismos de morte intercelular, o resultado clínico pode se limitar a uma gengivite. Entretanto, se esses mecanismos forem insuficientes e a inflamação perdurar nos tecidos do hospedeiro, então, potencialmente, a periodontite será instalada (RIVERA-HIDALGO, 2003). Nesse estágio, a produção, de anticorpos pelos plasmócitos poderá limitar a infecção; porém, se a ação dos leucócitos polimorfonucleares e anticorpos não forem suficientes para a depuração das bactérias, então os antígenos e produtos colaterais antigênicos podem resultar na ativação de macrófagos e linfócitos T (SAHINGUR; COHEN, 2004).

Os neutrófilos são células primárias predominantes nos estágios iniciais da inflamação periodontal, que atuam como uma barreira entre os patógenos e o hospedeiro, sendo considerado um fator de risco para defeitos nessas células (SAHINGUR; COHEN, 2004).

Leucotoxinas e proteases sintetizadas por bactérias periodontopatogênicas são algumas das substâncias capazes de inativar ou afetar a fun-

ção dos neutrófilos, abrindo uma janela para as agressões bacterianas.

A gengivite está associada com o aumento da massa de biofilme ao redor da margem gengival, que induz a uma resposta inflamatória do hospedeiro (incluindo um aumento do fluxo de fluido gengival). A região crevicular é banhada por um líquido, nutricionalmente rico, que não apenas contém anticorpos e células fagocitárias (do sistema de defesa do hospedeiro), mas também diversas glicoproteínas, que são utilizadas por periodontopatógenos como fonte de nutrientes. O líquido do sulco gengival é um exsudato inflamatório, que filtra para o espaço gengival ou bolsas periodontais em torno dos dentes. Com a inflamação da gengiva, o seu volume aumenta de acordo com a severidade da doença periodontal, embora variações ocorram. A quantidade desse líquido é proporcional à permeabilidade vascular e à ulceração do epitélio das bolsas (ARMITAGE, 2004). A resposta do hospedeiro à placa é a mesma dada a outras bactérias, e é afetada pelo ambiente oral.

Neste sentido, observa-se que as doenças periodontais são bons exemplos de fatores psicossociais que estimulam processos psicobiológicos que conduzem à doença. Os processos psicobiológicos são definidos como caminhos através dos quais os fatores psicossociais estimulam os sistemas biológicos via ativação do sistema nervoso central, neuroendócrino e respostas imunológicas (SHEIHAM; NICOLAU, 2005). Assim, potencialmente, variáveis sociais, econômicas e de acesso a serviços de saúde oferecem grande contribuição na causalidade da doença.

Em relação aos estudos epidemiológicos, levantamento realizado no Brasil, em 1986, que utiliza o Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal (ICNTP), avaliou a condição periodontal da população de diversos estados, e reportou que 5,2% dos indivíduos de 35 a 44 anos de idade, e 7,4% do grupo de 50 a 59 anos de idade apresentam-se com um ou mais sítios com uma profundidade de sondagem - PS e" 5,5 mm. A presença de cálculo e bolsa foi mais pronunciada na mandíbula, especialmente nos adultos. Houve uma grande

proporção de sextantes nulos entre os adultos, sendo mais grave na maxila, onde atingiu 46% entre os de 35 a 44 anos e 76% entre os de 50 a 59, evidenciando um grande número de extrações. Cerca de 45% dos sítios encontravam-se sadios na adolescência, percentual que gradativamente se reduz, até atingir 5% entre os 50 e 59 anos. Quanto às diferenças por nível de renda familiar, observou-se uma situação mais crítica em indivíduos na faixa de renda até dois salários mínimos, os quais também apresentaram maior percentual de sextantes nulos (BRASIL, 1988).

As condições periodontais de 1.956 jovens entre 7 e 19 anos de idade também foram estudadas em Araraquara, São Paulo, em 1995, e percebeu-se a presença de cálculo dental em cerca de 39% dos indivíduos, resultado similar ao encontrado no Brasil, em 1986. O percentual de indivíduos que possuíam um ou nenhum sextante afetado variou de 18,7% para 15 anos de idade, até 35,6% para 7 anos de idade. Nenhuma variável socioeconômica foi analisada (DINI; FOSCHINI; BRANDÃO, 1997).

Quando se analisa a condição periodontal de adultos jovens, como no estudo de Gesser, Peres e Marcenes (2001), em Florianópolis (SC), que examinaram jovens de 18 anos que se alistavam no serviço militar, predomina a presença de condições menos severas, como a presença de sangramento gengival e cálculo em 86% e 50% da população, respectivamente. Apenas 0,3% da população estudada apresentaram bolsas profundas, enquanto a prevalência de bolsas rasas foi de 7,7%. Encontrou-se também uma associação entre o sangramento gengival e todas as variáveis socioeconômicas estudadas: quanto menor a renda familiar e os anos de estudo dos pais, mais grave as condições periodontais.

Com o aumento da idade – de modo coerente com os levantamentos epidemiológicos e estudos locais, como o realizado no Rio Grande do Sul – verificou-se que cerca de 65% dos indivíduos examinados possuíam uma profundidade de sondagem superior a 5 mm. A prevalência e extensão da profundidade de sondagem aumentou significativamente entre os grupos etários de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos,

decrecendo suavemente nos grupos etários mais velhos. Essa mesma PPD foi significativamente maior nos homens do que nas mulheres de pele negra, sendo os sítios molares os mais acometidos, especialmente na maxila. Quando associada ao status socioeconômico, indivíduos dos grupos de baixa e média situação socioeconômica tiveram uma similar prevalência, e, significativamente, maior extensão de PPD > 5 mm e > 7 mm (SUSIN et al., 2005).

Em 2003, num levantamento nacional realizado sobre a saúde bucal, notou-se uma gradativa queda nos percentuais de pessoas sem nenhum problema periodontal com o avançar da idade. Em torno de 33% dos indivíduos de 15 a 19 anos, 46% dos indivíduos entre 35 a 44 anos e 21% dos indivíduos de 65 a 74 anos apresentaram cálculo dental. As profundidades de sondagens mais graves foram detectadas em 2% e 1,8% dos indivíduos de 35 a 44 anos e 64 a 74 anos, respectivamente. Percebeu-se um grande percentual de sextantes excluídos, o que aumentou enormemente com o avançar da idade, revelando um grande número de extrações: 0,31%, 11,36% e 60% para os grupos 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, respectivamente.

O comprometimento da avaliação periodontal, reflexo do edentulismo, também foi observado por Meneghim, Pereira e Silva (2002): cerca de 90% de indivíduos na faixa de 50 a 75 anos de idade apresentavam menos de dois dentes por sextante, sendo esses, então, excluídos da análise. Dos sextantes válidos, 8% foram classificados com os códigos 3 ou 4 do ICNTP, isto é, de alta severidade da doença. Essa condição tornou-se ainda mais grave quando foram analisados os indivíduos com mais de 75 anos de idade, nos quais 97,25% dos sextantes foram excluídos.

Sheiham e Nicolau (2005) destacam que a iniquidade econômica pode não apenas prever as taxas de mortalidade geral, mas também os comportamentos de risco. Os fatores psicossociais são capazes de alterar as características do habitat oral e de outras respostas do hospedeiro, como o desleixo com a aparência e a saúde geral, o tabagismo e o etilismo. As do-

enças periodontais obedecem a um padrão social, como outras doenças crônicas, seguindo um gradiente social em que aqueles que estão no topo possuem as melhores condições de saúde. Modos de vida desfavoráveis são geralmente registrados nos indivíduos da base do gradiente social, incluindo tabagismo, etilismo, desnutrição e sedentarismo.

Destaca-se que poucos são os estudos epidemiológicos que associam a condição socioeconômica com a prevalência ou severidade da doença periodontal, bem como com doenças pré-existentes ou doenças sistêmicas, ou outras condições de risco dos indivíduos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar a prevalência e a severidade da doença periodontal em adultos residentes em áreas cobertas pelo PACS/ PSF de Salvador (BA), bem como identificar associação da severidade dessas alterações com condições sistêmicas individuais, nível socioeconômico e uso abusivo de álcool.

## **METODOLOGIA**

Foi conduzido um estudo de corte transversal em que a população de estudo foi constituída por indivíduos adultos de 20 a 49 anos, residentes em sete áreas cobertas pelas equipes de saúde bucal do PSE, no município de Salvador (BA). Como instrumentos, foram utilizados a ficha A (SIAB) e um questionário pré-estruturado. No primeiro, os dados gerais utilizados foram aqueles já catalogados e sistematizados no Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988): dados sociodemográficos da família e de cada um dos seus membros – sexo, idade, etnia, nível de escolaridade, renda familiar, desemprego na família, composição familiar. No segundo, os adultos foram questionados quanto a acesso a serviços de saúde bucal e tipo de financiamento; acesso e uso de insumos; morbidade referida em saúde bucal nos últimos 15 dias; hábito de fumar e uso abusivo de álcool, identificados através da escala CAGE.

A coleta de dados foi realizada por sete equipes previamente calibradas, durante vinte

horas. Antes da condução da coleta de dados propriamente dita, foi conduzido um pré-teste do instrumento, com pelo menos 10 famílias, de forma a corrigir erros no instrumento e adequar estratégias de abordagem das famílias durante a coleta dos dados. O cálculo dos erros inter e intra-examinador foram executados no último turno da calibração, e caso não se obtivessem os parâmetros mínimos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

A avaliação da doença periodontal foi realizada a partir do exame epidemiológico, utilizando-se o índice IPC (Índice Periodontal Comunitário) e o IPI (Índice de Perda de Inserção Periodontal), segundo recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). Considerou-se como existência de doença periodontal destrutiva a presença de bolsa e perda de inserção periodontal. O exame foi realizada nas residências, utilizando-se as recomendações da OMS.

Este estudo se enquadra na modalidade de pesquisa de risco mínimo, e o protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (UFBA).

## **RESULTADOS**

A população de estudo constituiu-se de 372 indivíduos de 20 a 49 anos, provenientes de 357 famílias cobertas pelas equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família em Salvador. Na amostra, predominou o sexo feminino (83,56%) e a etnia negra (58,33%). Em relação à condição periodontal, observou-se que 30,31 % dos indivíduos apresentaram profundidade de sondagem superior a 4 mm. Essa situação foi mais crítica no sextante inferior direito. A presença de cálculo foi marcante nos sextantes inferiores, especialmente no central (5%). Cerca de 54,7% dos sextantes estavam hígidos. Profundidade de sondagem > 4 mm foi mais prevalente nos sítios mandibulares que nos maxilares, ocorrendo principalmente nos molares.

Tabela 1. Distribuição dos sextantes examinados de acordo com o Índice Periodontal Comunitário, Salvador-BA, 2005

Condição	Sextante SD n	Sextante SD %	Sextante SC n	Sextante SC %	Sextante SE n	Sextante SE %	Sextante IE n	Sextante IE %	Sextante IC n	Sextante IC %	Sextante ID n	Sextante ID %	Total
Sadio	173	47,13	247	66,93	172	46,61	166	44,86	193	52,3	164	44,32	1115
Presença de sangramento	62	16,89	50	13,55	66	17,88	58	15,67	38	10,29	68	18,37	342
Presença de cálculo	80	21,79	26	7,04	78	21,13	93	25,2	109	29,53	87	23,51	473
PS>3 mm	10	2,72	6	1,62	15	4,06	14	3,71	16	4,33	17	4,6	78
PS>5 mm	7	1,9	1	0,27	6	1,62	5	1,35	8	2,1	3	0,81	30
Excluídos	35	9,53	39	10,56	32	8,67	34	9,21	5	1,3	31	8,39	176
total	367	100	369	100	369	100	370	100	369	100	370	100	2214

Nota: n=372

Tabela 2. Distribuição dos sextantes examinados de acordo com o índice de Perda de Inserção Periodontal, Salvador-BA, 2005

Condição	Sextante SD n	Sextante SD %	Sextante SC n	Sextante SC %	Sextante SE n	Sextante SE %	Sextante IE n	Sextante IE %	Sextante IC n	Sextante IC %	Sextante ID n	Sextante ID %	Total
Sem perda de inserção	198	92,95	208	96,29	200	90,49	201	93,05	221	91,32	210	94,17	1238
Perda de inserção > 3 mm	5	2,34	5	2,31	16	7,23	11	5,09	11	4,54	8	3,58	56
Perda de inserção > 5 mm	13	6,1	3	1,38	4	1,8	4	1,85	7	2,89	2	0,89	33
Perda de inserção > 7 mm	1	0,46	0	0	1	0,45	0	0	3	1,23	3	1,34	8
Total	213	100	216	100	221	100	216	100	242	100	223	100	1328

Nota: n=372

A perda de inserção variou de 1 mm a 11 mm. Do total da amostra, em 7 pessoas (1,88%) foi detectado ao menos um sítio com uma perda de inserção > 5mm. Em relação ao gênero, 4,03% dos indivíduos do gênero masculino e 26,07% do gênero feminino apresentaram profundidade de sondagem superior a 4 mm.

Considerando a escolaridade, a profundidade de sondagem-OS >5 mm foi observada em 1,61% dos indivíduos analfabetos, em 11,55% dos indivíduos com o 1º grau incompleto, 10,48% dos que cursaram o 2º grau incompleto e 6,45% dos que possuíam o 2º grau completo.

Quanto ao fato de o indivíduo ser ou não fumante, 6,18% dos não fumantes e 23,92% dos fumantes possuíam PS>4 mm. Observou-se, no teste do qui-quadrado, associação estatisticamente significativa com as variáveis familiares – presença de doença sistêmica na família e individuais – número de escovações por dia, hábito de fumar e beber.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que a maioria dos indivíduos examinados carece de maiores cuidados e instruções quanto à sua higiene oral, tendo em vista os índices de sangramento e cálculo gengival (16,78% e 21,36%). A prevalência de cálculo encontrada neste estudo, para o grupo etário de 20 a 49 anos, foi de 21,36%, dado discretamente menor que o da população urbana do Brasil de 35 a 34 anos em 1986 (23,61%), embora seja bem inferior ao obtido pelo SB Brasil (BRASIL, 2004), que fez 46,76% na referida faixa etária.

Ferreira e Costa (2004) encontraram presença de cálculo em 81,2% na população por eles estudada, ocorrência bastante elevada, quando comparada com a registrada por Gesser, Peres e Marcenes (2001) e com o presente estudo. Deve-se lembrar que a população aqui estudada, além de possuir renda média inferior a 2

Tabela 3. Associação das variáveis ambientais, familiares e individuais com a presença de doença periodontal em adultos de Salvador-BA

Variáveis	Ausência de bolsa periodontal		Presença de bolsa periodontal		p valor
	n	%	n	%	
<b>AMBIENTAIS</b>					
Tipo construção casa					
Tijolo	248	95	107	95	0,95
Outro	12	5	5	5	
Energia elétrica no domicílio					
Sim	239	91	106	95	0,35
Não	21	9	6	5	
Lixo coletado					
Sim	249	95	105	95	0,40
Não	11	5	7	5	
Água tratada no domicílio					
Sim	183	70	72	64	0,25
Não	77	30	40	48	
Esgotamento sanitário					
Sim	239	92	99	88	0,28
Não	21	8	13	12	
<b>FAMILIARES</b>					
Presença de analfabetismo					
Sim	83	32	36	32	0,96
Não	177	68	76	68	
Doença sistêmica					
Sim	6	2	29	25	0,001*
Não	254	98	83	75	
Acesso a plano de saúde					
Sim	63	26	23	20	0,14
Não	197	74	89	80	
<b>INDIVIDUAIS</b>					
No. escovações/ dia					
<2	133	51	20	17	0,001*
2 ou mais	127	49	92	83	
Uso fio dental					
Sempre/eventual	103	39	42	37	0,70
Nunca	157	61	70	63	
Hábito fumar					
Sim	33	13	23	20	0,005*
Não	227	83	89	80	
Uso bebida alcoólica					
Sim	130	50	72	64	0,001*
Não	130	50	40	36	
Acesso a plano de saúde					
Sim	63	24	33	29	0,73
Não	197	76	79	71	
Visita ao Dentista nos últimos 6 meses					
Sim					0,92
Não	135	52	56	50	
	125	48	56	50	

Notas: n=372; \*p<0,05

salários mínimos, possui baixa escolaridade (34% de analfabetos) e dispõe de pouco acesso aos serviços de saúde.

O sangramento gengival foi observado em 15,43% dos indivíduos examinados, dado superior aos obtidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), em seus levantamentos em 1986 (11,28%) e em 2003 (9,92%) (BRASIL, 2004). Por ser um obstáculo mecânico à higiene oral, o cálculo pode ter contribuído para essa maior prevalência de sangramento gengival.

Não foi possível estabelecer relações entre perda, inserção e profundidade de sondagem com a última visita ao dentista, embora a associação tenha sido positiva com o fato de o indivíduo ser portador de alguma alteração sistêmica, constituindo esse um grupo de risco à doença periodontal.

A PS> 5 mm foi encontrada em 65% dos indivíduos, tendo, em média, 19% de dentes por pessoa envolvidos, numa avaliação da população do RS. Nesse mesmo estudo, a PS> 5

mm aumentou significativamente entre os grupos etários de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, sendo marcante nos homens e pessoas não brancas. Os indivíduos com histórico de visitas irregulares ao dentista mostraram maior prevalência e extensão de PS > 5 mm que indivíduos com visitas regulares (SUSIN et. al., 2005).

A escolaridade e o tabagismo foram fatores de risco para a perda de inserção, numa comunidade negra estudada. Outros autores (SEGUNDO; FERREIRA; COSTA, 2004; ARMITAGE, 2004) apontaram a baixa escolaridade como indicador de risco para a doença periodontal. O tabagismo foi considerado também um fator de risco significativo, por potencializar as chances de se possuir PS > 4 mm.

No levantamento nacional de 2003 (BRASIL, 2004), a PS > 4 mm esteve presente em 9,98% dos indivíduos entre 35 e 44 anos. Num estudo no Kênia, Nunn (2003) observou a PS > 4 mm em cerca de 20% da população estudada e menos de 3% possuíam PF > 6 mm. No estudo epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 1988), considerando a popu-

lação entre 15 e 59 anos, os indivíduos com PS > 6 mm perfizeram 41%.

Observando as variáveis individuais naqueles que possuem PS > 4 mm, 5,37% relataram ter menos de 2 escovações por dia; 11,25% relataram utilizar eventualmente o fio dental; 19,35% deles também relataram ingerir bebidas alcoólicas; 8,87% relataram possuir a plano de saúde ou odontológico.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar do grave comprometimento periodontal observado, é importante ressaltar que nenhum dos fatores supracitados foi estatisticamente significativa quando relacionado à PS. A doença periodontal encontra-se dentro dos padrões mundiais em sua forma moderada e grave, ou seja, entre 10 e 15%, sendo necessárias intervenções específicas para o controle dessa alteração na população adulta do município de Salvador.

## ***Periodontal conditions associated to socio-economic variables in an adult population from Salvador-Bahia, 2005.***

### **Abstract**

***International studies have demonstrated worse periodontal conditions in populations with unfavorable socioeconomic status. However, there are few studies about this subject in Brazil. The aim of this work was to identify the prevalence and severity of periodontal conditions in an adult population of Salvador and to point the association of individuals, families and others risk factors with the disease. A cross-sectional study was carried out with a sample of 372 adults sorted from families registered in 7 areas covered for the teams of oral health from de Health Family Program. In each area 40 families were included in the study and all adults were included and examined after they authorized the exam. It was used the questionnaire of Primary attention system (A) and a structured one to get information about risk factors of periodontal disease, who were measured using the Community Periodontal Index-CPI and Index of Periodontal Insertion-IOI according WHO criteria. About 30% of the sextants had presented depth sounding over 4 mm and 43% of ones were healthy. The position with the worse conditions was right mandibular. Positive association was identified with the variables- tobacco, alcoholism and number of toothbrushing/day. It was observed the necessity of programs to control periodontal disease in Salvador because of the high prevalence of the disease in this group.***

***Keywords: Periodontal disease – Epidemiology – Salvador, BA.***

**REFERÊNCIAS**

- ARMITAGE, G.C. Analysis of gingival crevice fluid and risk progression of periodontitis. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.34, p.109-119, 2004.*
- BOING, A.F. et al. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de carie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.9-16, 2005.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF, 2004.
- DINI, E.L.; FOSCHINI, A.L.R.; BRANDÃO, I.M.G. Condições periodontais em população de estudantes com idades de 7-19 anos em Araraquara, São Paulo, Brasil, 1995. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.4-9, 1997.*
- GESSER, H.C.; PERES, M.A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *R. Saúde Públ., São Paulo, v.35, n.3, p.289-293, 2001.*
- LABRIOLA, A; NEEDLEMAN, I.; MOLES, D.R. Systematic review of the effect of smoking on nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.37, p.124-37, 2005.*
- LOOMER P. Microbiological diagnostic testing in the treatment of periodontal disease. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.34, p.49-56, 2004.*
- MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; SILVA, F.R.B. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população de idosos institucionalizados de Piracicaba-SP. *Pesq. Odontol. Bras., São Paulo, v.16, n.1, p.6-13, 2002.*
- NUNN, M.E. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.32, 11-23, 2003*
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Oral health surveys: basic methods. Geneva, 1997.
- RIVERA-HIDALGO, F. Smoking and periodontal disease. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.32, p.50-58, 2003.*
- SAHINGUR, S.; COHEN, R. Analysis of host responses and risk for disease progression. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.34, p.57-83, 2004.*
- SEGUNDO, T.K.; FERREIRA, E.F; COSTA, J.E. A doença periodontal na comunidade negra, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.10-20, 2004.*
- SHEIHAM, A.; NICOLAU, B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. *Periodontol. 2000, Copenhagen, v.39, p.118-131, 2005.*
- SUSIN, C. et al. Occurrence and risk indicators of increased probing depth in an adult Brazilian population. *J. Clin. Periodontol., Copenhagen, v.32, p.123-129, 2005.*

Recebido em / *Received:* 01/02/2007  
 Aceito em / *Accepted:* 30/04/2007