

Perdas dentais no atendimento de clínicas de atenção básica

Dental losses in primary care clinics practice

RESUMO

OBJETIVO: Verificar a prevalência das perdas dentais e sua relação com fatores socioeconômicos em pacientes das Clínicas de Atenção Básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP).

METODOLOGIA: Estudo transversal, tendo como instrumento de pesquisa um formulário composto de identificação, aspectos socioeconômicos e um exame clínico constando dentes ausentes e etiologia precedente. A amostra foi de 169 usuários, com idades entre 18 e 68 anos. Os dados da pesquisa foram analisados por meio das técnicas de estatística inferencial.

RESULTADOS: Foi demonstrado que 76,3% dos pacientes tiveram alguma perda dental. Os dentes mais acometidos foram os molares inferiores e os molares superiores com correspondeu aos de 1,58 e 1,09, respectivamente, e a menor média foi dos dentes anteriores inferiores. O percentual de pacientes sem perda foi maior entre aqueles que não tinham filhos (82,5%) e nula entre os que tinham quatro ou mais filhos. A cárie foi a etiologia mais frequente, com 62,1%.

CONCLUSÕES: A prevalência da perda dental foi alta, e a etiologia mais frequente foi a cárie dentária. O grupo de dentes mais acometido pela perda dental foi dos molares inferiores, e evidenciou-se associação estatisticamente significativa da perda dental com a faixa etária e número de filhos.

Palavras-Chave: Perda de dente; Epidemiologia e Prevalência.

Recebido em 10/06/15
Aprovado em 01/09/15

Nathália Gomes Guimarães Ferraz
Cirurgiã-Dentista pela Universidade de Pernambuco

Saulo Queiroz de Araújo
Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Pernambuco

Sílvia Regina Sampaio Bezerra
Doutora em Dentística pela Universidade de Pernambuco

Adriane Tenório Dourado
Doutora em Endodontia pela Universidade de Pernambuco

Ana Cláudia Amorim Gomes
Doutora em Cirurgia Buco Maxilo-Facial pela Universidade de Pernambuco

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sílvia Regina Sampaio Bezerra
Rua Serra Dourada nº 51
km 08 Estrada de Aldeia
Camaragibe – PE CEP: 54789-500
Telefone: (81) 99717238 / (81) 31029143
E-mail: Sr_sampaio@yahoo.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine the prevalence of tooth loss, tooth extraction, and its relationship with socioeconomic factors in patients seen in primary care clinics of the Faculty of Dentistry of Pernambuco (FOP).

METHODS: A cross-sectional study that used as a research instrument consisting of a form identification, socioeconomic factors, and a clinical, consisting lost teeth and cause of loss was conducted. The sample of 169 users, aged 18 and 68 years, of both sexes. The survey data were imported into SPSS version 5.0 and analyzed using the techniques of inferential statistics.

RESULTS: It was shown that 76.3% of the patients studied had some tooth loss. The teeth most affected were lower molars and upper molars with a mean of 1.58 and 1.09, respectively, and the lowest average was lower anterior teeth (0.17). The percentage of patients without loss was highest among patients who had no children (82.5%) and was zero among those who had four or more children. Caries was the most frequent cause, with 62.1%.

CONCLUSIONS: The prevalence of tooth loss was high and the most frequent cause was dental caries. The group most affected by the loss teeth was molars group and showed a statistically significant association of tooth loss with socioeconomic and demographic

indicators: age and number of children.

Keywords: Dental loss; Epidemiology and Prevalence.

INTRODUÇÃO

Um dos maiores agravos à saúde bucal se constitui no edentulismo, ou seja, a perda total de dentes. Essa questão projetada nos dias atuais é caracterizada como de grande impacto público no Brasil e vem sendo um desafio compreender os fatores que levam a essa condição, bem como a prevenção, promoção e assistência de referência a fim de minimizar os problemas ocasionados por tal perda¹.

A abrangência das consequências pela determinada condição vai além de fatores puramente biológicos, pois as perdas dentárias constituem-se em uma marca da desigualdade social e diminuem a capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de diversos alimentos; também afetam a fonação e causam danos estéticos, que podem originar alterações^{2,3}.

A cárie e a doença periodontal são as condições clínicas, que se constituem como os principais motivos da perda dentária em adultos. Esse fato ocorre devido ao tratamento dessas doenças ser realizado tardiamente, em estágios avançados, quando o tratamento conservador não é mais possível. A dor é o motivo, que leva o adulto a procurar o dentista na maioria das vezes buscando de solução imediata para esse sintoma, baseada na condição da estrutura dentária, acaba tendo como desfecho a exodontia⁴.

O presente trabalho teve como objetivo verificar a prevalência e a etiologia das perdas dentárias nos pacientes atendidos nas Clínicas de Atenção Básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco localizada no município de Camaragibe-PE.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado na cidade de Camaragibe, município do estado de Pernambuco pertencente à região metropolitana do Recife. Tratou-se de um estudo analítico, quantitativo, transversal, baseado em investigações que observaram fator e efeito no mesmo momento histórico.

O estudo foi realizado por meio de um levantamento de usuários adultos por demanda

espontânea nas clínicas de atenção básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Fizeram parte do estudo indivíduos adultos com idade entre 18 e 68 anos de ambos os sexos, usuários das clínicas de atenção básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP), devidamente registrados no arquivo geral da instituição, no período de agosto a novembro de 2013 e março de 2014. A amostra foi calculada com margem de erro de 5%, com confiabilidade de 95%. A partir da população de aproximadamente 300 pacientes atendidos nas três clínicas de atenção básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco durante um semestre, foram entrevistados 169 pacientes, sendo 51 da Clínica de Atenção Básica I (CAB I), 62 da Clínica de Atenção Básica II (CAB II) e 56 da Clínica de Atenção Básica III (CAB III).

A aplicação do formulário pela pesquisadora e o acompanhamento do exame físico foram realizados no decorrer das consultas iniciais, evitando-se, assim, interferir no plano de tratamento dos pacientes. Os dentes perdidos foram elencados de acordo com sua etiologia: cárie, doença periodontal, trauma, indicação ortodôntica, indicação protética ou outros fatores.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE) assim como, adquiriu anuência da direção da FOP para o início da pesquisa. De acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos, foi criado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constando todas as informações que foram apresentadas aos participantes sobre a pesquisa.

Todas as informações coletadas foram convertidas para um banco de dados informatizado, a fim de facilitar o tratamento estatístico, por meio da importação dos dados para o programa estatístico SPSS versão 5.0.

RESULTADOS

A idade dos pesquisados variou de 18 a 68 anos, com média de 34,81 anos, desvio-padrão de 13,64 anos e mediana de 33,00 anos, o que demonstra a grande diversidade na faixa etária dos usuários das clínicas de atenção básica da Faculdade de Odontologia de Pernambuco.

Em relação aos dados socioeconômicos, o percentual de pacientes que participaram da pesquisa, respectivamente, nas clínicas CAB I, CAB

II e CAB III, variou de 30,2% a 36,7%; as faixas etárias mais frequentes foram: 20 a 29 anos e 30 a 39 anos com 28,4% e 23,7% respectivamente por outro lado, já os percentuais nas outras três faixas etárias variaram de 14,2% a 17,7%.

Do grupo analisado, 64 (37,9%) pertenciam ao sexo masculino, e 105 (62,1%), ao sexo feminino. Em relação à escolaridade, as duas categorias com maiores frequências foram: I grau completo (51,5%) e II grau completo ou incompleto (36,1%). Quanto à quantidade de moradores, o maior percentual dos pesquisados afirmou que havia 4 a 5 moradores na residência (45,0%), seguido dos que tinham 2 a 3 (38,5%).

O maior percentual (42,0%) dos pesquisados não possuía filhos, seguido dos que tinham 2 a 3 filhos (28,4%) ou um filho (17,2%). As duas rendas familiares mais frequentes foram: um salário mínimo e dois salários mínimos com valores de 41,4% e 30,2% respectivamente.

Da extensa lista de ocupações, as mais citadas foram: estudante (27,8%), dona de casa (14,2%), desempregado (11,8%), autônomo (5,9%), doméstica/diarista (5,9%) e aposentado (5,3%). [Tabela 1]

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados socioeconômicos.

Variável	N	%
TOTAL	169	100,0
Clínica de atendimento		
CAB I	51	30,2
CAB II	62	36,7
CAB III	56	33,1
Faixa etária (anos)		
18 a 19	24	14,2
20 a 29	48	28,4
30 a 39	40	23,7
40 a 49	30	17,7
50 a 68	27	16,0
Sexo		
Masculino	64	37,9
Feminino	105	62,1
Escolaridade		
Até I grau incompleto	8	4,7
I grau completo	87	51,5
II grau incompleto e completo	61	36,1
III grau	13	7,7

Número de pessoas na residência		
Uma	1	0,6
2 a 3	65	38,5
4 a 5	76	45,0
6 ou mais	27	16,0
Número de filhos		
Nenhum	71	42,0
Um	29	17,2
2 a 3	48	28,4
4 a 5	15	8,9
6 ou mais	6	3,6
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	9	5,3
1 salário mínimo	70	41,4
2 salários mínimos	51	30,2
3 salários mínimos	23	13,6
4 salários mínimos	12	7,1
> 4 salários mínimos	4	2,4
Ocupação		
Estudante	47	27,8
Dona de casa	24	14,2
Desempregado	20	11,8
Autônomo	10	5,9
Doméstica/ Diarista	10	5,9
Aposentado	9	5,3
Comerciante	7	4,1
Servente/ Auxiliar de limpeza	7	4,1
Porteiro	5	3,0
Costureira	4	2,4
Professor(a)	4	2,4
Policial	2	1,2
Vendedor(a)	2	1,2
Babá	2	1,2
Representante comercial	2	1,2
Psicóloga	1	0,6
Assistente social	1	0,6
Pedreiro	1	0,6
Almoxarifado	1	0,6
Artesão	1	0,6
Segurança	1	0,6
Motoboy	1	0,6
Eletricista	1	0,6
Garçom	1	0,6
Auxiliar de enfermagem	1	0,6
Imobiliária	1	0,6
Cabeleireira	1	0,6
Corretor	1	0,6
Marceneiro	1	0,6

Para os resultados das perdas, os dentes foram divididos didaticamente em: molares, num total de 8, sendo 4 superiores e 4 inferiores (não considerando a presença ou ausência dos terceiros molares); pré-molares, também num total de 8 dentes, sendo 4 superiores e 4 inferiores; e anteriores tendo sido contabilizados incisivos centrais, incisivos laterais e caninos, tanto no arco superior como no inferior, cada um com 6 dentes, totalizando 12 dentes. Evidenciou-se que a maioria dos pacientes não teve perdas nos dentes pré-molares superiores (60,4%), anteriores superiores (82,2%), pré-molares inferiores (68,0%) e anteriores inferiores (95,9%). O grupo de dentes molares foi o mais atingido pela necessidade de exodontia. no entanto, observou-se que não houve perda de molares superiores em 45,0% e de inferiores em 34,3% da amostra.

Um pouco menos de 1/4 (23,7%) dos pesquisados não tiveram perdas dentárias, e os percentuais entre 1 e 6 dentes perdidos variaram de 5,3% a 9,5%. A causa de perda dentária mais citada pelos usuários das clínicas da faculdade foi a doença cárie com 62,1%, seguida de 13,0% que enfatizaram como causa a falta de acesso ao dentista. [Tabela 2]

Tabela 2 - Número de dentes perdidos e causa da perda.

Variável	N	%
Número total de dentes perdidos		
Nenhum	40	23,7
1	16	9,5
2	16	9,5
3	16	9,5
4	14	8,3
5	9	5,3
6	12	7,1
7 a 8	8	4,7
9 a 10	12	7,1
11 a 12	9	5,3
13 a 14	8	4,7
15 a 16	4	2,4
17 a 21	5	3,0
Causa da perda dentária		
Não teve perda	40	23,7
Cárie	105	62,1
Falta de acesso ao dentista	22	13,0

Preparo Ortodôntico	1	0,6
Outros	1	0,6

Na análise estatística do número de dentes perdidos por grupo de dentes e no total, é possível verificar que as maiores médias nos grupos de dentes foram: molares inferiores e molares superiores com 1,58 e 1,09, respectivamente e a menor média correspondeu a anteriores inferiores (0,17). A média do número de dentes perdidos foi 4,79. A variabilidade expressa por meio do desvio-padrão se mostrou elevada, uma vez que os valores da referida medida foram superiores aos correspondentes valores das médias. [Tabela 3]

Tabela 3 - Estatística do número de dentes perdidos.

Grupo de dentes	Estatística			
	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Molares superiores	1,09 ± 1,27	1,00	0	4
Pré-molares superiores	0,87 ± 1,28	0,00	0	4
Anteriores superiores	0,50 ± 1,27	0,00	0	6
Molares inferiores	1,58 ± 1,47	1,00	0	4
Pré-molares inferiores	0,58 ± 1,00	0,00	0	4
Anteriores inferiores	0,17 ± 0,83	0,00	0	6
Número total de dentes perdidos	4,79 ± 4,99	3,00	0	28

Neste estudo foi comprovado associação significativa da causa da perda com a faixa etária e com o número de filhos e, para as referidas variáveis, se destaca que o percentual de pacientes sem perda foi mais elevado na faixa de 18 a 29 anos (47,2%), 8,6% na faixa com 30 a 49 anos e foi nulo na faixa com 50 anos ou mais, enquanto o percentual com perda devido à cárie foi menos elevado na faixa 18 a 29 anos (47,2%) e variou de 71,4% a 77,8% nas outras duas faixas etárias; o percentual com perda por outras causas foi 5,6% na faixa 18 a 29 e variou de 20,0% a 22,2% nas outras duas faixas etárias. O percentual de pacientes sem perda foi mais elevado entre os pacientes sem filhos (82,5%); foi nulo entre os que tinham 4 ou mais filhos e variou de 7,5% a 10,0% nas outras duas faixas do número de filhos os dois percentuais mais elevados de perdas devida à

cárie ocorreram entre os que não tinham filhos (31,4%) e 2 a 3 filhos (30,5%) e foi menos elevado entre os que tinham 4 ou mais filhos (15,2%); o maior percentual de perdas por outras causas ocorreu entre os que tinham 2 a 3 filhos (54,2%) e foi menos elevado entre os que tinham apenas um filho (4,2%). [Tabela 4]

Tabela 4 - Avaliação da causa da perda dentária, segundo a clínica de atendimento e dados socioeconômicos.

Variável	Causa da perda dentária								Valor de p
	Sem perda		Cárie		Outras causas		TOTAL		
	n	%	n	%	N	%	N	%	
Grupo Total	40	100,0	105	100,0	24	100,0	169	100,0	
Clínica de atendimento									
CAB I	17	42,5	30	28,6	4	16,7	51	30,2	p ⁽¹⁾ = 0,243
CAB II	11	27,5	41	39,0	10	41,7	62	36,7	
CAB III	12	30,0	34	32,4	10	41,7	56	33,1	
Faixa etária (anos)									
18 a 29	34	47,2	34	47,2	4	5,6	72	100,0	p ⁽¹⁾ < 0,001*
30 a 49	6	8,6	50	71,4	14	20,0	70	100,0	
50 a 68	-	-	21	77,8	6	22,2	27	100,0	
Sexo									
Masculino	12	30,0	44	41,9	8	33,3	64	37,9	p ⁽¹⁾ = 0,370
Feminino	28	70,0	61	58,1	16	66,7	105	62,1	
Escolaridade									
Até fundamental incompleto	1	2,5	6	5,7	1	4,2	8	4,7	p ⁽²⁾ = 0,424
Fundamental completo	25	62,5	52	49,5	10	41,7	87	51,5	
Médio completo	10	25,5	41	39,0	10	41,7	61	36,1	
Superior	4	10,0	6	5,7	3	12,5	13	7,7	
Número de pessoas na residência									
Até 3	17	42,5	44	41,9	5	20,8	66	39,1	p ⁽¹⁾ = 0,233
4 a 5	16	40,0	44	41,9	16	66,7	76	45,0	
6 ou mais	7	17,5	17	16,2	3	12,5	27	16,0	
Número de filhos									
Nenhum	33	82,5	33	31,4	5	20,8	71	42,0	p ⁽²⁾ < 0,001*
Um	4	10,0	24	22,9	1	4,2	29	17,2	
2 a 3	3	7,5	32	30,5	13	54,2	48	28,4	
4 ou mais	-	-	16	15,2	5	20,8	21	12,4	
Renda familiar									
Até 1	20	25,3	51	64,6	8	10,1	79	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,147
2	10	19,6	35	68,6	6	11,8	51	100,0	
3 ou mais	10	25,6	19	48,7	10	25,6	39	100,0	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Por meio do teste Exato de Fisher.

Por outro lado, em relação às estatísticas do número de dentes extraídos de acordo com a clínica por meio da qual cada paciente foi atendido e cada

uma das variáveis socioeconômicas, destaca-se que a média de dentes perdidos foi menos elevada na clínica CAB I (3,76) e mais elevada na clínica CAB

III (5,63); aumentou com a faixa etária, sendo 1,76 na faixa etária 18 a 29 anos, 6,07 na faixa 30 a 49 anos e 9,63 na faixa 50 a 68 anos; foi um pouco mais elevado no sexo masculino do que feminino (5,06 x 4,65); reduziu com o grau de escolaridade dos pacientes de 8,75 entre os que tinham até fundamental incompleto, 4,98 entre os que tinham fundamental completo, 4,44 no grupo dos que tinham ensino médio completo e 2,92 entre os que tinham ensino superior; variou de 4,44 a 5,18 nas três faixas do número de residentes no domicílio. Também aumentou com o número de filhos passando de 1,99 entre os que não tinham filho para 12,33 entre os que tinham 4 ou mais filhos; variou de 4,38 a 5,27 de acordo com a faixa de renda familiar, entretanto as únicas diferenças significativas ocorreram entre as faixas etárias e entre as faixas do número de filhos. [Tabela 5]

Tabela 5 - Estatísticas do número total de dentes perdidos, segundo a clínica de atendimento e dados socioeconômicos.

Variável	Estatísticas				Valor de p
	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	
Clínica de atendimento					
CAB I	3,76 ± 5,09	2,00	0	21	p ⁽¹⁾ = 0,051
CAB II	4,92 ± 4,28	4,00	0	14	
CAB III	5,63 ± 5,53	4,00	0	21	
Faixa etária (anos)					
18 a 29	1,76 ± 1,00 ^(A)	2,67	0	12	p ⁽¹⁾ < 0,001*
30 a 49	6,07 ± 5,00 ^(B)	4,54	0	18	
50 a 68	9,63 ± 9,00 ^(C)	5,74	2	21	
Sexo					
Masculino	5,06 ± 4,00	4,89	0	21	p ⁽²⁾ = 0,328
Feminino	4,65 ± 3,00	5,07	0	21	
Escolaridade					
Até fundamental incompleto	8,75 ± 7,23	6,50	0	18	p ⁽¹⁾ = 0,222
Fundamental completo	4,98 ± 5,30	3,00	0	21	
Médio completo	4,44 ± 4,28	3,00	0	18	
Superior	2,92 ± 3,25	2,00	0	9	
Número de pessoas na residência					
Até 3	5,18 ± 5,94	2,50	0	21	p ⁽¹⁾ = 0,900
4 a 5	4,61 ± 4,19	4,00	0	18	
6 ou mais	4,44 ± 4,68	3,00	0	16	
Número de filhos					
Nenhum	1,99 ± 3,32 ^(A)	1,00	0	18	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Um	5,31 ± 4,69 ^(B)	4,00	0	17	
2 a 3	5,38 ± 3,65 ^(B)	4,50	0	13	
4 ou mais	12,33 ± 4,46 ^(C)	13,00	5	21	
Renda familiar					
Até 1	4,71 ± 4,73	3,00	0	21	p ⁽¹⁾ = 0,685
2	5,27 ± 5,47	4,00	0	21	
3 ou mais	4,38 ± 4,96	3,00	0	18	

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

(2): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Obs.: Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre as categorias correspondentes pelas comparações pareadas do referido teste.

DISCUSSÃO

Da presente pesquisa participaram 169 pacientes, os quais foram acompanhados durante o seu exame clínico, nas clínicas de atenção básica da FOP. Houve a colaboração de todos os que foram solicitados a participar, não havendo dificuldade para a realização da coleta de dados.

De acordo com os resultados obtidos, o sexo feminino foi predominante na amostra investigada. Esses dados são compatíveis com outros estudos realizados no Brasil^{5,6} nos quais também foi verificada uma maior ocorrência de mulheres. Uma das mais prováveis justificativas encontradas para tal resultado é que, no Brasil, o percentual de mulheres é maior que o de homens, segundo dados divulgados pelo IBGE⁷. A maior proporção de pessoas com idade entre 18 e 39 anos sugere que há uma preocupação com a saúde bucal desde a juventude, buscando a prevenção de doenças como a cárie, que foi a mais citada pelos pacientes. A garantia do acesso à informação deveria ser incentivada a fim de contribuir com maior equidade em saúde bucal⁸.

Apesar do conhecimento sobre a importância dos fatores socioeconômicos na determinação do processo saúde-doença, nos estudos sobre razões de perdas dentárias, esse aspecto não tem sido abordado com frequência. Os índices de perda dental estão para a Odontologia como os índices de mortalidade estão para a Medicina, sendo necessário o conhecimento desses dados para auxiliar no planejamento dos serviços de saúde⁹. No Brasil, poucos estudos foram realizados para se em informações sobre as razões das exodontias dos dentes permanentes e, mesmo sendo observada uma queda nos índices de cárie para crianças, ainda é evidente que os adultos perdem muitos dentes devido a essa doença. No presente estudo, ficou evidente a grande quantidade de dentes extraídos por causa da instalação da cárie, assim como em outros estudos realizados no Brasil, em que ela predominou como razão primária¹⁰.

O número de filhos apresentou uma relação estatisticamente significativa neste estudo. Foi observado que a presença de filhos fez com que os pacientes estudados apresentassem uma maior prevalência de perda dental. Esse resultado semelhante ao encontrado no estudo de Moraes (2001)¹¹.

A quantidade considerável de pessoas entrevistadas com nenhum filho é um indicativo

das condições sociais e educacionais, visto que existe uma relação inversa entre escolaridade e quantidade de filhos. Essa tendência à redução do número de filhos nas famílias brasileiras é também indicada em outros estudos, como o de Berquó (1998)¹², para quem o rápido declínio das taxas brasileiras de fecundidade tem sido decisivo na alteração dos padrões socioeconômicos. Hasenbalg e Silva (1999)¹³ mostraram igualmente que “o tamanho da família parece desempenhar um papel bastante significativo” no que diz respeito ao acesso das crianças brasileiras à educação. Assim, independentemente do seu nível socioeconômico, quanto maior a família, maior dificuldade na educação dos filhos.

No que diz respeito à escolaridade dos envolvidos na pesquisa, a maior prevalência referiu-se de pessoas com ensino fundamental completo, observando-se ainda uma grande quantidade de pessoas com o ensino médio concluído, o que pode ser justificado pela facilidade no acesso às escolas, seja qual for a condição socioeconômica. O grau de instrução relaciona-se estreitamente com o nível de saúde das pessoas. Os conhecimentos adquiridos permitem eleger modos de vida mais saudáveis; a instrução é, provavelmente, o critério mais utilizado no país para separar as pessoas por nível socioeconômico. Isso sugere que a instrução tem nítida relação com a renda. Analisando-se o grau de instrução nesta pesquisa, verificou-se que pacientes que classificaram sua escolaridade como até fundamental incompleto perderam mais dentes que os demais. Tais achados também foram identificados como significantes em outro estudo transversal de cárie e perda dentária realizado na cidade do Recife¹⁴.

A educação da população tem melhorado consideravelmente, e isso reflete no padrão de vida¹⁵. Por outro lado, a porcentagem considerável de pessoas que tem mais de três integrantes em sua residência, contribui para que ocorra a deterioração da qualidade de vida, visto que essas pessoas, na sua maioria, moram em lugares pequenos. Na análise dos resultados da pesquisa, notou-se que mesmo nos lugares onde existiam mais de seis pessoas residindo, a renda familiar dificilmente ultrapassava três salários mínimos, e a falta de dinheiro constantemente acompanha a piora da saúde e conseqüentemente a qualidade de vida, pois faltam recursos para compra de medicamentos, alimentos de qualidade e produtos de necessidade básica. A renda é considerada uma medida socioeconômica

relacionada com as condições materiais, consistindo em um fator de diferenciação em relação ao acesso ou não acesso a serviços de saúde. Ela afeta os padrões de alimentação, habitação, conhecimento e acesso aos cuidados de saúde, contribuindo diretamente para a exposição ao risco ou proteção contra doença¹⁶.

A baixa renda encontrada na pesquisa pode ser associada a um menor acesso aos serviços odontológicos e aos produtos de higiene, também ao menor conhecimento sobre os corretos hábitos de higiene bucal e, conseqüentemente, à alta prevalência e severidade de cárie dentária¹⁷. Estudos epidemiológicos constataram associação entre baixa renda e pior condição de saúde bucal para a cárie^{18,19}. Essa associação de menor acesso a serviços de saúde e hábitos de higiene bucal ruins elevam o número de ocorrência de cárie, contribuindo para um aumento da perda dental.

O grupo de dentes mais acometido pela necessidade de extração foi o dos molares inferiores, seguido do grupo dos molares superiores. A literatura, ao longo dos anos, tem demonstrado a importância dos molares permanentes na oclusão. A ausência desses elementos dentários pode acarretar problemas graves, com mudanças clínicas notáveis na posição dos dentes vizinhos e antagonistas, além da diminuição da função mastigatória, o que poderá exigir tratamento ortodôntico e reabilitador em decorrência da má oclusão que pode ser pode surgir²⁰. Na literatura, não foram encontrados dados específicos relativos aos dentes mais acometidos pela perda dental na população. O aprofundamento dessa questão é importante para a saúde e para a ciência. Os dentes mais acometidos pela perda, nesse estudo, foram os molares, os quais, por serem os primeiros dentes permanentes a erupcionar (geralmente aos 6 anos de idade), têm grande importância na oclusão, mastigação, fonação e apresentam cicatrículas, fôssulas e fissuras estreitas e profundas, consideradas como a primeira zona de risco para cárie na dentição permanente, aumentando, também, o risco de perdas dentárias.

É extremamente necessário que os gestores em todas as esferas (municipal, estadual e federal) invistam na prevenção odontológica, para que haja uma melhora da saúde e da qualidade de vida da população.

CONCLUSÕES

A perda dentária ainda se configura como um grave problema de saúde pública da população e possui grande efeito sobre a qualidade de vida das pessoas. Nesta pesquisa, pode-se concluir que a prevalência da perda dental foi alta, e a etiologia mais frequente, a cárie dentária. O grupo de dentes mais acometido pela perda dental foi o dos molares inferiores, existindo associação estatisticamente significativa da perda dental com a faixa etária e o número de filhos.

REFERÊNCIAS

1. BARBATO, P.R. et al.: **Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional SB Brasil 2002-2003**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(8).
2. HUNG, H. C.; COLDITZ, G.; JOSHIPURA, K. J. **The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women**. Community Dent Oral Epidemiol, 2005; 33: 167-73.
3. HEBLING, E. **Prevenção em odontogeriatria**. In: Pereira AC, organizador. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**, Porto Alegre: Editora Artmed, 2003: 426.
4. LACERDA, J.T.; CASTILHO, E. A.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F.T. **Oral health and daily performance in adults in Chapecó, Santa Catarina, Brazil**. Cad. Saúde Pública, 2008, 24 (8): 1846-1858.
5. CIMÕES, R. et al **Impacto da perda dentária na qualidade de vida**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010 mai; 15(3): 841-850.
6. VILELLA, M. et al. **Prevalência de cárie dentária e avaliação de higiene bucal em acadêmicos de Odontologia da**

- Universidade do Paraná.** Revista Dens, 2009; 17(2).
7. MATOS, C. Folha de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 29 abr. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano>> . Acesso em: 30 jun. de 2013.
 8. HAIKAL, D. S. et al. **O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos.** Ciênc. saúde coletiva, 2014; 19(1): 287-300.
 9. CALDAS JR., A. F.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A **Reasons for tooth extractions in a Brazilian population.** Int. Dent. J., 2000; 50(5): 267-273.
 10. GUIMARÃES M.M., MARCOS B. **Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais.** Rev CROMG; 1996; 2(1): 16–20.
 11. MORAES, S. R. S. B. **Prevalência de Cárie secundária e sua relação com o tempo de vida útil das restaurações – Um estudo epidemiológico.** Tese de Doutorado, 2001. Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2001.
 12. BERQUÓ, E. **Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica.** Em L. M Schwarcz, (Org.), **História da vida privada: contrastes da intimidade contemporânea.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998: 411-438.
 13. HASENBALG C. et al. **Família, cor e acesso à escola no Brasil.** Em C. Hasenbalg, N. do V. Silva, & M. Lima, (Orgs.), **Cor e estratificação social;** Rio de Janeiro, 1999: 126-147.
 14. MARCENES, W; BONECKER, M.J.S. **Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais.** IN: BUISCHI, Y.P. **Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2000: 73-98.
 15. GLÓRIA, D. M. A. **Relação entre escolaridade e diferenças constitutivas das fratrias.** Paidéia, Ribeirão Preto, 2005 abr; 15(30): 31-42.
 16. BOING,A.F.;PERES,M.A.;KOVALESKI, D. F.; ZANGE, S. E.; ANTUNES, J. L. F. **Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90.** Cad. Saúde Pública, 2005; 21: 673–678.
 17. HOLST, D.; SCHULLER, A. A.; ALEKSEJUNIENÉ, J.; ERIKSEN, H. M. **Caries in population – a theoretical, causal approach.** Eur J Oral Sci, 2001; 109(3): 143-148.
 18. BRODEUR, J. M.; PAYETTE, M.; BENIGERI, M.; GAGNON, P. F.; OLIVIER, M.; CHABOT, D. **Dental caries in Quebec adults aged 35 to 44 years.** J Can Dent Assoc., 2000; 66(7): 374-379.
 19. GEYER, S.; SCHNELLER, T.; MICHEELIS, W. **Social gradients and cumulative effects of income and education on dental health in the Fourth German Oral Health Study.** Community Dent Oral Epidemiol, 2010; 38(2): 120-128.
 20. NORMANDO, A. D. C.; MAIA, F. A.; URSI, W. J.; SIMONE, L. **Dento-alveolar changes after unilateral loss of the lower first permanent molar and their influence on third molar position and development.** World J Orthod, 2010, 11(1): 55-60.