

Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde

Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization

Nemre Adas Saliba ¹
 Suzely Adas Saliba Moimaz ²
 Orlando Saliba ²
 Ana Valéria Pagliari Tiano ³

Abstract *This study aimed to report the dental loss in a rural population, evaluating the contribution of socioeconomic and behavioral variables and comparing the results with the goals of the World Health Organization (WHO) for 2000 and 2010. A total of 473 residents had been examined using the methodology, codes and criteria according to WHO guidelines. The results were processed using the Epibuco program and the chi-square test ($p < 0.05$) were used to compare the number of teeth lost with the variables studied. From the total of people examined, 17.8% were total edentulous as well as 8% and 50.9% of the examined of the age groups of 35 to 44 and 65 to 74 years-old, respectively. Initiating precociously in his population, the dental loss advanced considerably with the age, being the situation much distant of the goals established by WHO for 2010. Chi-square test revealed statistically significant differences among the number of teeth lost by the interviewed with 35 years-old or more in relation to education level, housing and self-perception of the speak quality. The development of oral health attention programs becomes necessary, in order to reduce the actual damages and to prevent the continuity of this trend of mutilation.*
Key words *Oral health, Epidemiology, Tooth loss, Rural population*

Resumo *Este estudo teve como objetivo relatar a perda dentária em uma população rural, avaliando a contribuição de variáveis socioeconômicas e comportamentais e comparando os resultados com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2000 e 2010. Foram examinados 473 moradores, utilizando a metodologia, códigos e critérios propostos pela OMS. Os resultados foram processados no programa Epibuco e o teste qui-quadrado ($p < 0.05$) foi utilizado para comparar o número de dentes perdidos com as variáveis estudadas. Do total de examinados, 17,8% são edêntulos totais, assim como 8% e 50,9% dos examinados pertencentes aos grupos etários de 35 a 44 e 65 a 74 anos, respectivamente. Iniciando precocemente nesta população, a perda dentária avançou consideravelmente com a idade, estando a situação muito aquém das metas estabelecidas pela OMS para 2010. O teste qui-quadrado revelou diferenças estatisticamente significantes quanto ao número de dentes perdidos pelos entrevistados com 35 anos de idade ou mais em relação à escolaridade, tipo de moradia e autopercepção da qualidade da fala. Torna-se necessário o desenvolvimento de programas de atenção à saúde bucal, a fim de diminuir os danos causados e prevenir a continuidade da tendência à mutilação.*
Palavras-chave *Saúde Bucal, Epidemiologia, Perda dentária, População rural*

¹ Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, Universidade Estadual Paulista. Rua José Bonifácio 1193, Vila Mendonça. 16015-050 Araçatuba SP. nemre@foa.unesp.br

² Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

³ Secretaria da Saúde, Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu.

Introdução

A evolução da prática odontológica trouxe consigo a valorização dos aspectos de promoção da saúde e prevenção, na tentativa de preservação do elemento dentário para a manutenção da saúde bucal, em detrimento aos aspectos curativos e mutiladores.

Os levantamentos epidemiológicos realizados a nível nacional em 1986, 1996 e 2003, comprovam a sensível melhora nas condições de saúde bucal das crianças: o índice CPOD aos doze anos foi reduzido de 6,65 em 1986 para 2,78 em 2003¹⁻³. Por outro lado, os adultos e idosos amargam o resultado de anos de práticas odontológicas restritivas, curativistas e mutiladoras. Em 2003, o índice CPOD médio dos indivíduos com 35 a 44 anos era 20,13, sendo 65,7% composto por dentes perdidos³.

Infelizmente, a perda dos dentes ainda é aceita como natural e normal com o avançar da idade⁴⁻⁶, embora a análise de documentos antigos comprove que os prejuízos de ordem estética, funcional e psicológica que a falta dos dentes pode acarretar, com a consequente deterioração da qualidade de vida e comprometimento do convívio social, são observados desde o início da civilização^{7,8}.

Entre os compromissos da política de saúde bucal vigente no Brasil, que inclui o Projeto Brasil Sorridente, está o de resgatar a “dívida social” com a população adulta que as políticas anteriores acumularam^{3,9}. Para tanto, é necessário o adequado planejamento da atenção à saúde bucal para esses grupos, embasado em dados epidemiológicos confiáveis, que quantifiquem as condições de saúde bucal dos indivíduos, além de serem úteis na organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados¹⁰.

A escassez de estudos epidemiológicos na população brasileira pode comprometer as informações a respeito da saúde bucal, principalmente entre residentes da zona rural. Para estes, o acesso aos serviços públicos de forma geral, escolas, hospitais e unidades de saúde pode ser difícil em razão da distância das propriedades e da precariedade dos serviços de transporte. Esses e outros fatores, como ausência de sistemas de tratamento de água, esgoto e coleta de lixo, podem comprometer a saúde dessa população.

Este estudo teve como objetivo descrever a perda dentária, em uma população residente na zona rural de um município localizado na região noroeste do Estado de São Paulo, avaliando a contribuição de algumas variáveis socioeconô-

micas e comportamentais na sua ocorrência, e comparar os resultados com as metas sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os anos 2000 e 2010¹¹.

Métodos

Este estudo transversal, censitário, domiciliar foi conduzido entre os residentes da zona rural do município de Gabriel Monteiro (SP), após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FOA-UNESP.

Durante a realização deste estudo, foram visitados e contabilizados 588 habitantes na zona rural do município, sendo 513 com onze anos de idade ou mais.

Ao contrário da população urbana do município, beneficiada com a adição de flúor à água de abastecimento, a população residente na zona rural consome água não fluoretada proveniente de poços superficiais escavados nas propriedades.

Um total de dez equipes, compostas por um examinador e um anotador, percorreram a zona rural do município, examinando os moradores que concordaram em participar do estudo por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

As equipes foram previamente treinadas e calibradas, sendo o utilizado o índice Kappa para avaliar a concordância interexaminadores ($k=0,90$) e intraexaminadores ($k=0,92$).

Os exames foram realizados no próprio domicílio, em área aberta (varanda ou pátio), sob luz natural, com auxílio de espelho bucal, sonda OMS, espátula de madeira e gaze, estando o examinador adequadamente paramentado (luvas, máscara, gorro e avental), segundo a metodologia proposta pela OMS^{10,12}.

Participaram do estudo indivíduos com onze anos de idade ou mais, distribuídos nos seguintes grupos etários: 11 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 64 anos, 65 a 74 anos e 75 anos ou mais. Estes parâmetros foram utilizados a fim de respeitar a distribuição preconizada pela OMS^{10,12} e adotada pelo levantamento nacional³, para as idades de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, possibilitando futuras comparações.

As variáveis estudadas no exame foram condição das coroas dentárias e raízes, para os indivíduos de todos os grupos etários estudados e uso e necessidade de prótese, para os indivíduos com quinze anos de idade ou mais, que ainda responderam um questionário com perguntas relativas à estrutura e renda familiar, escolarida-

de, tipo de moradia, autopercepção de saúde bucal, aparência, qualidade da mastigação, fala e opinião a respeito da importância dos dentes para o convívio social.

Os dados observados nos exames e as respostas às questões foram anotados em fichas próprias, utilizando os mesmos códigos e critérios propostos pela OMS¹² e descritos no projeto do levantamento nacional realizado em 2002-2003¹³.

Os resultados foram processados, utilizando-se o programa Epibuco (Microsoft Visual FoxPro)¹⁴, para obtenção do índice CPOD e a porcentagem de seus componentes, número médio de dentes hígidos, número médio de dentes presentes, a porcentagem de indivíduos de acordo com o número de dentes perdidos (nenhum, 1 a 4, 5 a 12, 13 a 31 e 32 dentes), a porcentagem de edêntulos (32 dentes perdidos) e a porcentagem de indivíduos que usavam e/ou necessitavam de prótese total ou outro tipo, nas arcadas superior e inferior.

O teste de qui-quadrado, com nível de significância de 5%, foi executado com auxílio do Programa Pacotico¹⁵, para comparar o número de dentes perdidos pelos examinados com 35 anos de idade ou mais e as variáveis estudadas, considerando a meta da OMS para 2010, que estabelece a presença de pelo menos vinte dentes para 96% da população em geral¹¹.

Resultados

Dos 513 moradores com onze anos de idade ou mais, 473 foram examinados (92,2%), tendo sido divididos em sete grupos etários: 11 a 14 (n=37), 15 a 19 (n=39), 20 a 34 (n=103), 35 a 44 (n=100), 45 a 64 (n=116), 65 a 74 (n=55) e 75 anos ou

mais (n=23). A maioria pertence ao gênero masculino (50,7%) e aos grupos étnicos branco (55,2%) e pardo (32,6%).

Entre os 436 indivíduos entrevistados com quinze anos de idade ou mais, constatou-se baixo nível de escolaridade com média de 5,5 anos de estudo. A maioria dos estudantes frequenta escolas públicas (79,5%). As famílias são compostas em média por 3,7 indivíduos, com renda familiar mensal média de três salários mínimos, 51,4% residem em propriedades próprias e 47,9%, em propriedades cedidas.

Na Tabela 1, observa-se que a média de dentes presentes diminui consideravelmente na população adulta, principalmente a partir dos 45 anos.

A porcentagem de pessoas que tiveram dentes extraídos por cárie, de acordo com o número de dentes perdidos e o grupo etário examinado, está ilustrada no Gráfico 1.

Do total de pessoas examinadas, 17,8% perderam todos os dentes, 61,7% perderam pelo menos um dente posterior e 37,8% perderam pelo menos um dente anterior, sendo que os grupos etários de 75 anos ou mais, 65 a 74 anos e 45 a 64 anos foram os que apresentaram maior proporção de pessoas com pelo menos um dente perdido: 95,7%; 85,5% e 87,1% dos examinados, respectivamente. O grupo etário de 35 a 44 anos também apresentou uma proporção expressiva: 78%.

A Tabela 2 demonstra o uso de prótese de acordo com o grupo etário examinado.

Próteses totais superiores e inferiores são utilizadas simultaneamente por 7%, 28,4%, 50,9% e 56,5% dos indivíduos com 35 a 44 anos, 45 a 64, 65 a 74 e mais de 75 anos.

A Tabela 3 demonstra a necessidade de prótese de acordo com o grupo etário examinado.

Tabela 1. Número médio de dentes presentes, dentes hígidos, CPOD e composição percentual, de acordo com o grupo etário. Gabriel Monteiro (SP), 2004.

Condição (anos) Grupo etário	Nº médio de dentes presentes	Nº médio de dentes hígidos	CPOD		C		O/C		O		P	
			média	%	média	%	média	%	média	%	média	%
11-14	24,38	20,84	2,68	100	0,86	32,3	0,03	1,0	1,62	60,6	0,16	6,1
15-19	24,49	18,31	5,87	100	0,92	15,7	0,13	2,2	4,74	80,8	0,08	1,3
20-34	25,27	13,79	13,09	100	0,88	6,7	0,39	3,0	9,81	74,9	2,01	15,4
35-44	19,10	9,44	17,78	100	1,04	5,8	0,26	1,5	8,22	46,2	8,26	46,5
45-64	9,84	4,60	22,41	100	0,95	4,2	0,24	1,1	3,80	17,0	17,41	77,7
65-74	4,84	2,73	24,64	100	0,82	3,3	0	0	1,27	5,2	22,55	91,5
75 ou mais	5,43	3,65	26,52	100	0,70	2,6	0,04	0,2	0,74	2,8	25,04	94,4

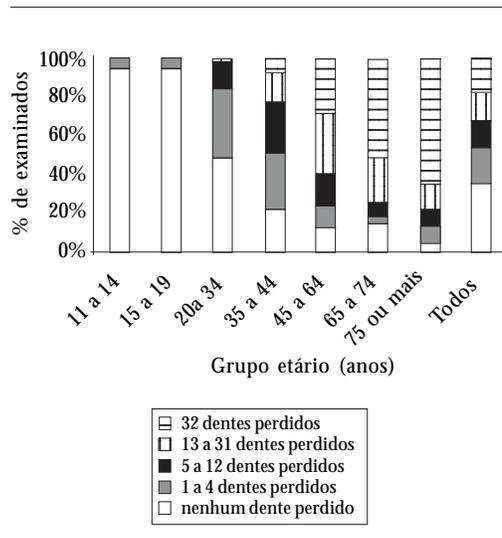


Gráfico 1. Distribuição percentual dos examinados, de acordo com o número de dentes permanentes extraídos por grupo etário. Gabriel Monteiro (SP), 2004.

Entre os examinados com 75 anos ou mais, a maioria dos indivíduos apresentou necessidade de prótese total superior.

A Tabela 4 mostra os resultados da associação entre o número de dentes perdidos pelos indivíduos maiores de 35 anos de idade, considerando as metas da OMS para o ano 2010 e as variáveis estudadas.

Discussão

Torna-se difícil estabelecer comparações a respeito da perda dentária, na população rural brasileira, em razão da escassez de publicações sobre o assunto. Em sua maioria, os estudos foram conduzidos em moradores da zona urbana,

Tabela 2. Distribuição percentual dos examinados de acordo com uso de prótese superior e inferior por grupo etário. Gabriel Monteiro (SP), 2004.

Grupo etário (anos)	Superior						Inferior						Total	
	Não usa		Usa				Não usa		Usa					
			Prótese total		Outro tipo				Prótese total		Outro tipo			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
15-19	39	100,0	0	0,0	0	0,0	39	100,0	0	0,0	0	0,00	39	100
20-34	93	90,3	1	1,0	9	8,7	102	99,0	0	0,0	1	1,0	103	100
35-44	65	65,0	18	18,0	17	17,0	90	90,0	7	7,0	3	3,0	100	100
45-64	41	35,3	62	53,4	13	11,2	68	58,6	33	28,4	15	12,9	116	100
65-74	13	23,6	37	67,3	5	9,1	18	32,7	30	54,5	7	12,7	55	100
75 ou mais	6	26,1	16	69,6	1	4,3	9	39,1	13	56,5	1	4,3	23	100
Total	257	58,9	134	30,7	45	10,3	326	74,8	83	19,0	27	6,2	436	100

Tabela 3. Distribuição percentual dos examinados de acordo com a necessidade de prótese superior e inferior por grupo etário. Gabriel Monteiro (SP), 2004.

Grupo etário (anos)	Superior						Inferior						Total	
	Não necessita		Necessita				Não necessita		Necessita					
			Prótese total		Outro tipo				Prótese total		Outro tipo			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
15-19	38	97,4	0	0,0	1	2,6	36	92,3	0	0,0	3	7,7	39	100
20-34	87	84,5	0	0,0	16	15,5	76	73,8	0	0,0	27	26,2	103	100
35-44	70	70,0	9	9,0	21	21,0	34	34,0	5	5,0	61	61,0	100	100
45-64	73	62,9	20	17,2	23	19,8	54	46,6	11	9,5	51	44,0	116	100
65-74	32	58,2	17	30,9	6	10,9	29	52,7	16	29,1	10	18,2	55	100
75 ou mais	8	34,8	12	52,2	3	13,0	7	30,4	11	47,8	5	21,7	23	100
Total	308	70,6	58	13,3	70	16,1	236	54,1	43	9,9	157	36,0	436	100

Tabela 4. Número de dentes perdidos pelos examinados com 35 anos ou mais de acordo com as variáveis estudadas. Gabriel Monteiro (SP), 2004.

Dentes perdidos Variáveis	Até 12 dentes perdidos		13 dentes perdidos ou mais		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
	Escolaridade (anos de estudo)							
Até 8	117	44,7	145	55,3	262	100		
9 anos ou mais	23	76,7	7	23,3	30	100		
Moradia							4,576	0,032*
Própria	72	42,4	98	57,6	170	100		
Não própria	68	55,7	54	44,3	122	100		
Classificação da saúde bucal							2,284	0,130
Ótima, boa	81	44,3	102	55,7	183	100		
Regular, ruim e péssima	59	54,1	50	45,9	109	100		
Classificação da aparência							2,252	0,133
Ótima, boa	75	44,1	95	55,9	170	100		
Regular, ruim e péssima	63	53,8	54	46,2	117	100		
Classificação da mastigação							1,375	0,241
Ótima, boa	109	50,7	106	49,3	215	100		
Regular, ruim e péssima	31	41,9	43	58,1	74	100		
Classificação da fala							7,703	0,005*
Ótima, boa	125	51,9	116	48,1	241	100		
Regular, ruim e péssima	13	28,3	33	71,7	46	100		
Interferência em relacionamentos							0,738	0,390
Não afeta / afeta pouco	121	49,4	124	50,6	245	100		
Afeta mais ou menos / muito	14	40,0	21	60,0	35	100		

Nota: Alguns entrevistados não responderam ou não souberam responder as questões relativas à: escolaridade, moradia e classificação da saúde bucal (2), mastigação (5), aparência e fala (7), relacionamento (14).

* $p < 0,05$ - teste qui-quadrado (χ^2).

crianças em idade escolar, idosos institucionalizados e adultos pertencentes a grupos de funcionários de empresas ou escolas¹⁶⁻¹⁹. Para possibilitar análises e comparações, foram selecionados estudos nos quais os grupos etários examinados, o número de participantes e as condições bucais avaliadas aproximam-se dos conduzidos no presente estudo.

Nos adolescentes e adultos jovens, com até 34 anos, o componente obturado (O) representou a maior proporção no índice CPOD (Tabela 1). Para os indivíduos de 15 a 19 anos, a proporção de dentes perdidos em relação ao CPOD verificada no presente estudo foi inferior à média dos moradores da região sudeste do Brasil (8,7%), verificada no levantamento nacional de 2003³.

Já no grupo etário de 35 a 44 anos, o CPOD torna-se composto de forma proporcionalmente equivalente pelos componentes obturado (O) e perdido (P), o mesmo tendo sido observado por

Cangussu *et al.*²⁰ e Silva *et al.*²¹. A partir de 45 anos, o maior componente do índice passa a ser o de dentes perdidos (P), chegando a mais de 90% para os indivíduos com 65 anos ou mais, o mesmo tendo sido encontrado em outros estudos^{3,17,21-25}.

Pode-se observar que a perda dentária se iniciou precocemente, já no grupo etário de 11 a 14 anos, e o número de extrações avança com a idade (Gráfico 1). No grupo de 20 a 34 anos, a maioria dos indivíduos já sofreu extração de elementos dentários, como também relataram Hiramatsu *et al.*⁵. O edentulismo total iniciou-se no grupo etário de 35 a 44 anos (8%), com prevalência semelhante à encontrada por Silva *et al.*²¹. No grupo de 65 a 74 anos, a prevalência de edentulos (50,9%) foi menor que a encontrada por Silva *et al.*²³ e Silva *et al.*²¹ e maior que no estudo de Colussi *et al.*²⁵. No mesmo grupo etário, a média de dentes presentes foi semelhante à veri-

ficada por Silva *et al.*²³ e Silva e Valsecki Júnior¹⁷, porém maior que a constatada por Silva *et al.*²¹.

Os dentes posteriores foram os mais atingidos pela mutilação, corroborando os achados de Silva *et al.*²⁶, que detectaram o sentimento de vergonha como um dos que mais incomoda os pacientes desdentados. Daí a maior preocupação em manter os dentes anteriores.

Quanto ao uso de prótese total, iniciou-se nos adultos jovens com 20 a 34 anos, aumentando com a idade (Tabela 2). Nos moradores da região sudeste do Brasil, o uso de prótese total inicia-se ainda mais cedo, no grupo de 15 a 19 anos³.

Para o grupo de indivíduos de 35 a 44 anos, a porcentagem de uso de prótese total é muito semelhante à encontrada por Silva *et al.*²¹. Já entre os moradores do sudeste, a porcentagem de uso de prótese superior é maior e a de prótese inferior é menor, quando comparada à desse estudo³.

No grupo etário de 65 a 74 anos, o uso de prótese total superior e inferior foi menor em relação ao estudo realizado por Silva *et al.*²³ e maior em relação aos estudos realizados por Colussi *et al.*²⁵, Silva *et al.*²¹, assim como o levantamento nacional verificou no sudeste do país³.

Apesar das diferenças, em todos os estudos, o uso de prótese total na arcada superior prevalece em relação à inferior e a necessidade de outros tipos de próteses é maior na arcada inferior. Isto pode ser entendido pela maior perda de dentes superiores em relação aos inferiores e pelo fato de que muitas pessoas evitam o uso de próteses totais inferiores, pela dificuldade de adaptação e desconforto produzido²⁵.

Da mesma forma, a necessidade de próteses totais também aumenta com a idade, assim como a necessidade de substituição, que é evidente no grupo com 75 anos ou mais (Tabela 3). Esta necessidade de substituição também foi observada em outros estudos^{17,26} e deve-se ao uso prolongado do mesmo aparelho.

Em relação à perda dentária, esta população está bastante aquém das metas estabelecidas pela OMS para o ano de 2010¹¹, pois apenas 67,4% dos examinados possuíam vinte dentes ou mais (Gráfico 1), quando a meta é 96%. Em relação aos desdentados totais, 17,8% dos indivíduos examinados apresentaram esta condição, quando a meta é de apenas 5%. Mesmo em relação às metas para o ano 2000, a situação dessa população é crítica, já que apenas 25,4% dos indivíduos de 65 a 74 anos têm vinte dentes ou mais, quando a meta era 50%.

O teste qui-quadrado revelou diferença estatisticamente significativa em relação ao número

de dentes perdidos pelos examinados com 35 anos de idade ou mais e algumas das variáveis estudadas: escolaridade, tipo de moradia e qualidade da fala (Tabela 4).

Os examinados com oito anos de estudo ou menos apresentaram maior perda dentária. Isso pode ser explicado pela pouca valorização dos elementos dentários por indivíduos com menor escolaridade. A falta de informação foi um dos motivos apontados pelos entrevistados nos estudos de Vargas e Paixão²⁷ e Silva *et al.*⁶ para terem optado pela extração precoce de seus dentes.

Os residentes em casas próprias tiveram mais dentes extraídos. Neste caso, o maior poder aquisitivo pode significar acesso facilitado a serviços odontológicos privados e maior número de exodontias, considerando a antiga filosofia mutiladora em que o próprio profissional sugeria a remoção do elemento dentário como forma fácil e rápida para solução do “problema”^{5,6}.

A qualidade da fala também foi um fator estatisticamente significativo em relação ao número de dentes perdidos, revelando que os examinados reconhecem a contribuição dos elementos dentários para a fonação. O mesmo não ocorreu com a função mastigatória, embora percentualmente a maioria dos indivíduos que considerou sua mastigação regular, ruim ou péssima tenha perdido mais dentes. A perda da qualidade da função mastigatória foi relatada pelos entrevistados do estudo de Vargas e Paixão²⁷.

Ainda em relação à valorização dos elementos dentários, chama a atenção o fato de que, na opinião dos entrevistados, a perda dentária não interferiu na qualidade da saúde bucal, na aparência e no contato social, já que estas variáveis não foram consideradas estatisticamente significantes (Tabela 4), isto é, para os examinados, a perda dentária não implica perda de saúde, assim como concluíram Silva *et al.*⁶. Também não afeta a aparência e o relacionamento com outras pessoas, contrariando os achados de Vargas e Paixão²⁷. Já para os indivíduos entrevistados por Silva *et al.*²⁶, a perda dentária não é um empecilho para o convívio social.

No presente estudo, a perda dentária iniciando precocemente e aumentando com o avançar da idade demonstra que os serviços oferecidos ainda são incapazes de limitar os danos causados pela cárie dentária por ausência de programas preventivos e curativos eficientes, principalmente para a população adulta e idosa. Apesar dos avanços proporcionados pela inserção da odontologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF), para a população adulta, o acesso ainda é

difícil, o que fica claramente evidenciado nos relatos de indivíduos entrevistados em vários estudos^{5,6,27,28}. Quando procura atendimento, o adulto ainda o faz por motivo de dor^{27,29}, na maioria das vezes solucionada pela extração do elemento dentário, por ser esta alternativa mais viável para o indivíduo. Acumulam-se as necessidades de tratamento, principalmente protético⁴ e aumenta o grau de edentulismo, como registrado em todo território nacional³.

Por fim, a situação observada nesta população está muito aquém das metas estabelecidas pela OMS para o ano 2010. Esforços devem ser voltados para o desenvolvimento de programas de atenção à saúde bucal como um todo, a fim de diminuir os danos causados, reabilitando a população adulta e idosa e prevenindo a continuidade da tendência à mutilação entre os mais jovens, por meio da valorização da saúde bucal.

Colaboradores

NA Saliba participou com a idéia original do tema, coordenou o Projeto "Saúde bucal da população: desenvolvimento de metodologia para a implementação da atenção odontológica no PSF" (FAPESP), orientou o processo de treinamento e calibração dos examinadores para a coleta de dados e participou da redação do texto. SAS Moimaz participou do processo de treinamento e calibração dos examinadores para a coleta de dados e da redação do texto. O Saliba orientou a análise dos resultados. AVP Tiano participou da coleta de dados, análise dos resultados e redação do texto.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epide-miológico em saúde bucal: Brasil 1986**. (Série C: Estudos e Projetos, 4). [site da Internet] [acessado 2005 dez 5]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: cá-rie dental**. 1996. [site da Internet] [acessado em 2005 Dez 5]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bucal>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Colussi CF, Freitas SF. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad Saude Publica** 2002; 18(5):1313-1320.
5. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Cien Saude Colet** 2007;12(4):1051-1056.
6. Silva MES, Ferreira EF, Magalhães CS. Perda Dentária e Expectativa de Reposição Protética: estudo qualitativo. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] 2007. [acessado 2007 ago 10];15(3):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a24.pdf>
7. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 1998; 52(4):307-316.
8. Pinheiro C. Soluções para quem perdeu todos os dentes. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 2001; 55(2):73-81.
9. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
10. World Health Organization. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
11. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde bucal**. [site da Internet] [acessado 2005 nov 12]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>
12. Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal**. 4^a ed. São Paulo: Editora Santos; 1999.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Microsoft Visual FoxPro [programa de computador]. Seattle: Microsoft; 2000.
15. Pacotico (Pacotinho Estatístico) [programa de computador]. Direitos: Eymar Sampaio Lopes; 2001.
16. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Saúde bucal dos idosos: Uma realidade ignorada. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 1999; 53:279-282.
17. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam Salud Publica** 2000; 8(4):268-271.
18. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. **Rev. bras. epidemiol** 2005; 8(1):67-73.
19. Gaião LR, Almeida MEL, Heukelbach J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. bras. epidemiol** 2005; 8(3):316-323.
20. Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba/SP, Brasil-2000. **Rev Odontol UNESP** 2001; 30(2):245-256.
21. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica** 2004; 20(2):626-631.
22. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba - SP:1998. **RPG Rev Pós-Grad** 2000; 7:7-13.
23. Silva DD, Sousa MLR, Toledo R, Lisboa CM, Taglietta MF. Condições de Saúde Bucal em idosos na cidade de Piracicaba. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 2002; 56(3):183-187.
24. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saude Publica** 1992; 26:155-160.
25. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. bras. epidemiol**. 2004;7(1):88-97.
26. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida. **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2007. [acessado 2007 ago 10];15(3):[cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a27.pdf>
27. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Cien Saude Colet** 2005; 10(4):1015-1024.
28. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Cien Saude Colet** 2006; 11(1):211-218.
29. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. **Rev. Saude Publica** 2004; 38(3):453-458.

Artigo apresentado em 21/08/2007
Aprovado em 31/03/2008