



B0122587

U617.69 S411e 2002 ex.1

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ESTUDO RETROSPECTIVO DAS EXODONTIAS REALIZADAS
NA CLÍNICA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCCO-MAXILO-FACIAL, DA FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA UNISA, DE 1999 A 2001

MARTHA BROCHADO DE AGUIAR SCHREIBER

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade de Santo
Amaro, para obtenção do Título de Mestre,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Odontologia.

Área de Concentração: Implantodontia

São Paulo
2002

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DAS EXODONTIAS REALIZADAS
NA CLÍNICA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL, DA FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA UNISA, DE 1999 A 2001**

MARTHA BROCHADO DE AGUIAR SCHREIBER

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Implantodontia

São Paulo
2002

**UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DAS EXODONTIAS REALIZADAS
NA CLÍNICA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCCO-MAXILO-FACIAL, DA FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA UNISA, DE 1999 A 2001**

MARTHA BROCHADO DE AGUIAR SCHREIBER

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Sérgio Luís Miranda.

Área de Concentração: Implantodontia

São Paulo
2002

B. B012.2587
Class. U617.69
Cutter S411e
Patri nº 3797
Tipo entrada DDM(1)
Nota Fiscal
Data rec. 21.12.02
Preço
Origem UNISA, Fac.
de Odontologia

S411e Schreiber, Martha Brochado de Aguiar
Estudo retrospectivo das exodontias realizadas na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, de 1999 a 2001. Orientação do Prof. Dr. Sérgio Luis de Miranda. São Paulo: 2002. 77p.

Dissertação (Mestrado). Implantodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade de Santo Amaro.

1. Exodontia 2. Cárie dentária 3. Doenças periodontais
4. Epidemiologia I. Título

Estudo retrospectivo das exodontias realizadas na Clínica
de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de
Odontologia da UNISA, de 1999 a 2001

Martha Brochado de Aguiar Schreiber
Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Luis de Miranda – Orientador –
Doutor em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço pela UNIFESP – EPM

Prof. Dr. Wilson Roberto Sendyk
Doutor em Periodontia pela Faculdade de Odontologia da USP

Profª Drª Yára Juliano
Doutora em Ciências pela UNIFESP – EPM

CONCEITO FINAL : _____

Dedico este trabalho

Ao George, esposo querido, meu amor, meu companheiro e melhor amigo, pelo apoio, dedicação, amor sincero e por tudo que construímos e enfrentamos juntos.

Aos meus filhos George e Suzana, minha alegria e esperança, razão maior de minha luta, no intuito de transmitir um exemplo de trabalho, determinação e persistência em relação às metas desejadas; dando sentido e continuidade à minha existência.

Aos meus pais, Diógenes e Leonina, (in memoriam), exemplos de amor, honestidade e caráter. Pelos valores sólidos de trabalho e persistência a mim transmitidos.

Aos meus irmãos, Maria do Carmo, Hortência e João, pelo amor, pelo apoio, amizade e por tudo que representam para mim.

Ao Prof. Dr. Fernando de Souza Lapa, pela oportunidade de seguir a carreira universitária, me ensinando os passos da vida profissional com incansável dedicação. Minha profunda admiração pelo pioneirismo, coragem e determinação, que tem sido a tônica de sua vida.

Uamy:

1 - Qual é a importância do ser 6 para a
identidade e qual a para a identidade
particular?

2 -

“Não é por termos vivido um certo
número de anos que envelhecemos.
Envelhecemos porque abandonamos o nosso
ideal. Os erros enrugam o rosto; renunciar ao
ideal enrugam a alma”

General Mc Arthur - 1945

Agradecimento Especial

À Deus, que por Sua infinita bondade permitiu-me chegar até o fim desta jornada.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Nelson Villa, Diretor da Faculdade de Odontologia da UNISA, pelo carinho, compreensão, e pela oportunidade de realização deste sonho.

Ao Prof. Dr. Wilson Roberto Sendyk, coordenador do Curso de Mestrado em Implantodontia, um exemplo de vida, por sua dedicação, profissionalismo e competência; pelo carinho, incentivo e confiança.

Ao Prof. Dr. Sérgio Luís de Miranda, Titular da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, exemplo jovem de trabalho, dedicação e determinação; pela compreensão e auxílio na orientação desta dissertação.

À Prof^a. Dra. Yára Juliano e Prof. Dr. Neil Ferreira Novo, Titulares da Disciplina de Bioestatística da Universidade de Santo Amaro, pelo calor humano, estímulo e imensurável auxílio na realização desta dissertação.

Ao Prof. Dr. Newton José Giachetti, Titular da Disciplina de Dentística da UNISA, pelo elevado espírito de coleguismo, compreensão e desprendimento. Sinceros agradecimentos pelo precioso auxílio na correção daquilo que eu já não enxergava mais. “Os erros de português”.

Ao Prof. Dr. Alfredo Gromatzky pelo carinho e atenção dispensada na correção deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Ingrid Dragan Taricano, Diretora da Faculdade de Biomedicina, co-orientadora desta dissertação e exemplo de dedicação e coragem.

Ao mestrando Reginaldo Rossi, meu filho de coração, pelo carinho, paciência, companheirismo, amizade sincera e constante ajuda, meu profundo reconhecimento.

Aos meus companheiros de luta, meus amigos, meus colegas de turma no Mestrado, Antonio Luis Prates Lisboa, Bruno Bandetini, Carlos A. Tavares Jr.. João José Leme, Luiz Fernando G. Motta, Maria Lúcia Siqueira França Leme, Marise Sano Suga Matumoto, Ricardo S. Jahn e Ronaldo Pispico pelos momentos de descontração e grande alegria que vivemos juntos. Com cada um tive lições de duas matérias importantíssimas, que não constam de nenhum currículo e não se aprende em livros: a Amizade e a Solidariedade.

Aos colegas e amigos da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UNISA, Carlos Augusto de Souza Ferreira, Eliza Cruz, João Ferreira dos Santos Júnior, José Flávio Ribeiro Torezan, Percival Ferreira Porto, Rogério Basile Diegues, pelo carinho, apoio e pela convivência tão alegre.

Aos meus queridos alunos da UNISA, por considerarem a mestra uma mãe querida.

À assistente de biblioteca da UNISA, Luciana Cristina da Costa pelo auxílio e dedicação.

À Débora C. S. Fernandes, pela paciência e dedicação na digitação e formatação deste trabalho.

Aos pacientes amigos, que tornaram possível a realização deste trabalho e pela lição de vida.

À Entidade Mantenedora da UNISA pela concessão de bolsa de estudo durante todo o período do mestrado.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	-	Percentagem de pacientes atendidos, por sexo.....	37
Figura 2	-	Número total de exodontias realizadas por faixa etária.....	38
Figura 3	-	Número total de exodontias realizadas por cárie, doença periodontal e outras causas.....	38
Figura 4	-	Pacientes de ambos os sexos, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.....	39
Figura 5	-	Pacientes do sexo feminino, segundo a faixa etária e causas das exodontias	40
Figura 6	-	Pacientes do sexo masculino, segundo a faixa etária e causas da exodontias.....	42
Figura 7	-	Número total de exodontias, por cárie, e ano do levantamento	46
Figura 8	-	Número total de exodontias, por doença periodontal, e ano do levantamento.....	47
Figura 9	-	Número total de exodontias, por outras causas, e ano do levantamento.....	48
Figura 10	-	Pacientes do sexo feminino, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.....	52
Figura 11	-	Pacientes do sexo masculino, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.....	53

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o sexo e o ano de atendimento.....37
- Tabela 2 - Pacientes do sexo feminino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a faixa etária (anos) e as causas das exodontias40
- Tabela 3 - Pacientes do sexo masculino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a faixa etária (anos) e as causas das exodontias.....42
- Tabela 4 - Exodontias por cárie de pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.....46
- Tabela 5 - Exodontias por doença periodontal de pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.....47
- Tabela 6 - Exodontias por outras causas de pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.....48
- Tabela 7 - Pacientes do sexo feminino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.....50
- Tabela 8 - Pacientes do sexo masculino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.....51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.a	-	Actinobacillus actinomycetencomitans
C.F.O.	-	Conselho Federal de Odontologia
CPITN	-	Community Periodontal Index Treatment Needs
CPOD	-	Índice de Ataque de Cárie Dental (cariados, perdidos, obturados-unidade dente)
DMFT	-	Decayed, Missing, Filled, Teeth
FDI	-	Federação Dentária Internacional
FO	-	Faculdade de Odontologia
FOUPF	-	Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo
FOUSP	-	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDNT	-	Índice de Condição Dentária e Necessidade de Tratamento
ICNTP	-	Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IPCNT	-	Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento
LPJ	-	Periodontite Juvenil Localizada
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PI	-	Índice Periodontal
PR	-	Paraná
RS	-	Rio Grande do Sul
SP	-	São Paulo
UFRGS	-	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESP	-	Universidade Estadual Paulista
UPF	-	Universidade de Passo Fundo
USP	-	Universidade de São Paulo
WHO	-	World Health Organization

SÍMBOLOS

- % - Percentagem
- > - Maior que
- < - Menor que
- \geq - Igual ou maior
- \leq - Igual ou menor
- = - Igual
- n^o - Número
- N - Número para tabelas

RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo da freqüência das exodontias realizadas na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Universidade de Santo Amaro, UNISA, no período de 01 de 1999 a 12 de 2001. Foram observados fatores que contribuem para as exodontias, (sexo, como idade, causas e tipos de dentes envolvidos. A amostra estudada constou de 1596 pacientes de ambos os sexos com idades variando de 10 a 83 anos. Os pacientes foram distribuídos por sexo nas faixas etárias de <20, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 e ≥60 anos de idade. Foram realizados 3093 exodontias, das quais 69,5% por cárie, 20,3% por doença periodontal, e 10,2% por outras causas. A faixa etária com maior número de exodontias por cárie foi a de 20-30 anos para ambos os sexos, havendo uma diminuição progressiva com o aumento da idade. Quanto a doença periodontal, a maior freqüência foi para a faixa de 40-50 anos para ambos os sexos, havendo diminuição com o aumento da idade. As exodontias por outras causas, ocorreram em maior número na faixa etária <20 anos, para o sexo feminino e na faixa de 20-30 anos para o sexo masculino, havendo diminuição com o aumento da idade. O maior número de exodontias por cárie, doença periodontal e outras causas foram realizadas em 2000, havendo predominância do sexo feminino para todas as causas examinadas. Quanto ao tipo de dente extraído por cárie, predominaram os molares e pré molares superiores e inferiores, havendo diferença quanto ao sexo. Para incisivos e caninos também houve maior número de exodontias por cárie. O número de exodontias realizadas por doença periodontal foi maior no arco inferior (63,1%), que no superior (36,9%), para ambos os sexos. Os caninos tiveram uma freqüência de exodontias maior no arco inferior para ambos os sexos. Houve maior prevalência de exodontias por outras causas no arco inferior (51,1%) que no superior (48,9%) no sexo feminino e no masculino observou-se o inverso. A cárie dental foi a responsável pelo maior número de exodontias realizadas (2151). Os molares foram os dentes mais extraídos para ambos os sexos.

ABSTRACT

The aim of this research was to study the frequency and causes of the exodontics realized at the Bucco-Maxillofacial Surgery Clinic of the University of Santo Amaro - UNISA (São Paulo, Brazil) between January 1999 to December 2001. We made an analysis of the factors that contributed to the realization of exodontics, such as age, sex, causes and kind of teeth. The author analysed 1596 patients of both sex, 10 to 83 years of age. The patients were distributed in groups, according the ages of <20, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 and ≥60 years old. 1842 tooth extractions were carried out. 69,5% of them were made due to caries, 20,3% due to periodontal disease, and 10,2% due to other causes. The range of age with greater number of extractions, as consequence of caries, was in the 20-30 year-old-group, for both sex. There was also a progressive reduction with the increasing of age. In relation to the periodontal disease, the greater frequency was in the 40-50 year-old-group, for males and females, occurring a reduction with the increasing of the age. The avulsions for other causes occurred in the age range of <20, in greater number, for the female sex, and in the range of 20-30 for the males, having a reduction with the increasing of age. For all the causes in this study, females received the greatest number of extractions. In respect to the teeth extracted due to caries, the molars and bicuspid were the most affected, having a difference between the sex. For the incisors and cuspids, there was no difference between the sex, and both kinds of these teeth were extracted mainly due to the presence of caries. The avulsions carried out because of periodontal disease was greater in the mandible (63,1%) than in the maxillar (36,9%), for both sex. The cuspids had a greater frequency of exodontics in the mandible, for both sex as well. There was a greater prevalence of exodontics for other causes in the mandible (51,1%) than in the maxillar (48,9%) in the female patients. The opposite occurred in patients of the male sex. The author concluded that the main cause for tooth extraction was caries.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	i
Lista de Figuras.....	ii
Abreviaturas e Siglas.....	iii
Símbolos.....	iv
Resumo	v
Abstract	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Objetivos.....	04
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	05
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	32
3.1 Material	33
3.2 Método.....	33
4. RESULTADOS.....	36
5. DISCUSSÃO	55
6. CONCLUSÕES.....	64
Anexos	
Referências Bibliográficas	

1. INTRODUÇÃO

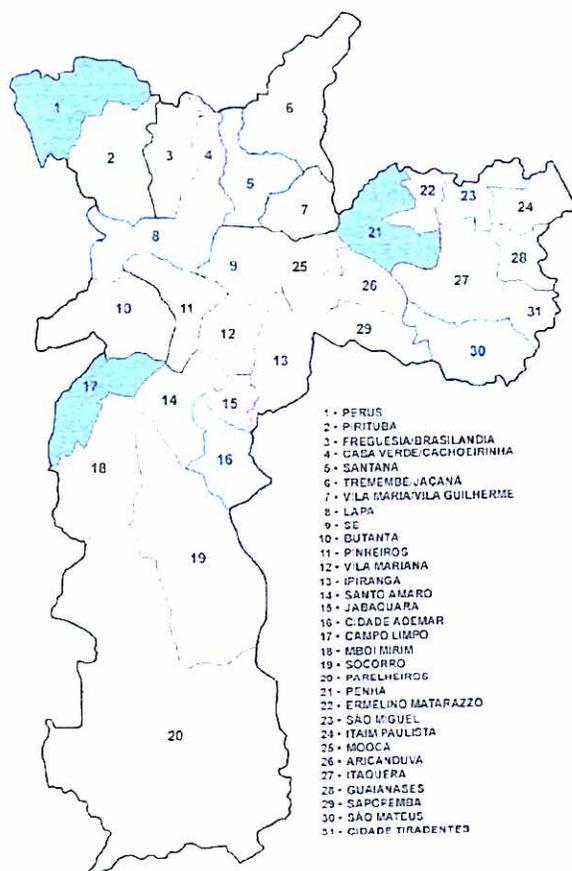
1. INTRODUÇÃO

A UNISA (Universidade de Santo Amaro) caracteriza-se por ser uma instituição privada que presta serviço à comunidade de Santo Amaro. Situa-se no distrito denominado, Cidade Dutra, na zona Sul do Município de São Paulo.

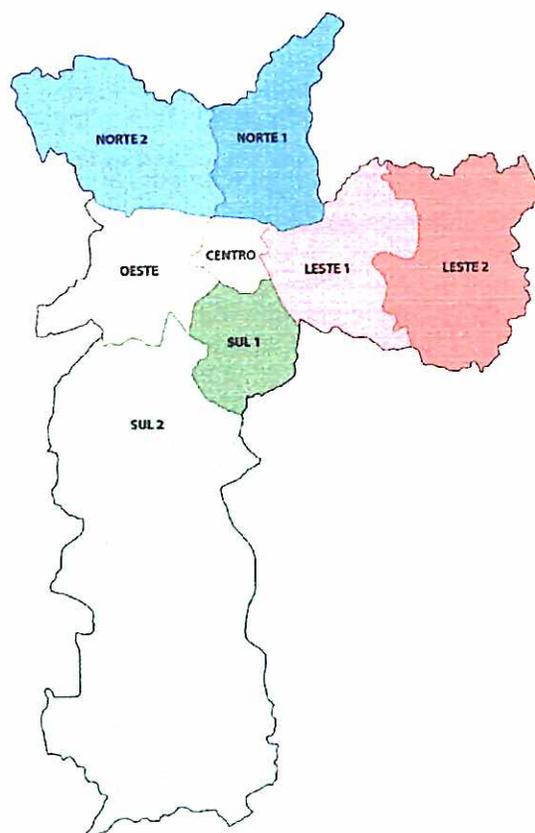
A região possui 7 Postos de Saúde e 3 Hospitais (IBGE; 2000), e a estimativa populacional para o ano 2000 foi de 181.824 habitantes. Vários bairros e loteamentos formaram-se na região, porém, devido ao crescimento desordenado e o grande aumento da população, observa-se uma grande deficiência na rede de atendimento à saúde, acarretando uma superlotação das unidades municipais, particulares conveniadas e filantrópicas.

Município de São Paulo

Mapa por divisão de distritos



Mapa por divisão de zonas



Fonte: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

Os serviços de saúde prestados à comunidade pela Faculdade de Odontologia estão totalmente incorporados aos objetivos da UNISA.

Durante muito tempo, a perda dental foi considerada um acontecimento inevitável da vida, e assim sendo, geralmente aceita com resignação pelas pessoas. A doença periodontal tem sido aceita universalmente como a principal causa das exodontias entre adultos, porém, em nosso estudo, a cárie e suas seqüelas constituem a causa maior da perda dentária.

O quadro epidemiológico brasileiro mostra que o crescimento contínuo e impetuoso do índice de cárie ao longo da vida é a causa dominante da realização de extrações múltiplas, e em larga escala (GOMES-PINTO, 1997).

A cárie dental e a doença periodontal constituem os dois principais problemas de saúde pública no âmbito da saúde bucal (OMS, 1978). Porém, são poucos os relatos sobre a saúde oral de adultos e a avaliação de outros problemas da cavidade oral, como as doenças periodontais e o câncer bucal, que são realizados com base em menor número de levantamentos epidemiológicos do que para a cárie dental em crianças.

O conhecimento da situação epidemiológica de uma população é essencial, tanto para o planejamento e execução de serviços odontológicos, como também para facilitar o conhecimento dos problemas de saúde e doença de cada comunidade (GOMES-PINTO, 2000).

Estudos epidemiológicos, levando em consideração o componente P (dente perdido) do índice CPOD (cariado, perdido, obturado – unidade dente) e suas causas, já foram realizados no Brasil e em todo mundo. Porém, se considerarmos as faixas etárias de 10 a 83 anos, poucos trabalhos são encontrados.

Realizamos o estudo da freqüência de exodontias quanto ao sexo, idade, causas e tipos de dentes envolvidos. Este estudo proporcionará dados de referência para avaliações posteriores, como também contribuirá para um trabalho preventivo e curativo nas diversas especialidades que atendem os pacientes da comunidade de Santo Amaro, que freqüentam a Faculdade de Odontologia da UNISA.

1.1 OBJETIVOS:

Avaliar a frequência de exodontias quanto ao sexo, idade, causas e tipos de dentes de pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, no período de 01/1999 a 12/2001.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

RUSSELL (1967) afirmou que, embora na década passada se tenha visto grande interesse nos estudos referentes ao conhecimento dos padrões da população relativos à enfermidade periodontal, o resultado obtido promete mais do que consegue chegar à sua finalidade. Dispõe-se de poucos ou de nenhum dado sobre valores comparativos de extensas áreas do mundo, como também das sociedades mais avançadas, e grandes setores necessitam de exploração. A doença periodontal é mais severa no adulto, nas populações onde as doenças por deficiência de proteínas, má nutrição e vitamina A acontecem na infância. A carência na infância pode conduzir à doença no adulto? Esta e outras perguntas aguardam uma resposta. Dispomos de métodos mais eficientes para prevenir a doença periodontal que para prevenir e controlar a cárie dental. O programa preventivo deve começar nas crianças, muito antes da puberdade, na maior parte das civilizações, e deve compreender princípios e instrução de métodos efetivos de higiene pessoal; além disso, também outros métodos para eliminar a saburra, tartarectomias adequadas e freqüentes. O programa deve abordar os casos incipientes da doença periodontal e descobrir os restantes em uma fase bem inicial, que permitam um tratamento ótimo ao periodontista.

ROSE (1974) analisando 1000 casos ortodônticos tratados em consultório particular por 2 ortodontistas, constatou que a maioria das exodontias envolveu pré-molares, sendo a proporção de segundos pré-molares um pouco maior.

BRANDT, SAFIRSTEIN (1975) considerando o aspecto da freqüência das exodontias, afirmaram que os primeiros pré-molares são quase sempre os dentes indicados para extração devido à sua localização. Torna-se possível a retração e correção de apinhamento dos incisivos devido à proximidade destes com os pré-molares. Porém, advogam a remoção de dentes cariados, com defeitos de desenvolvimento, tratamento endodôntico, restaurações extensas ou de qualidade duvidosa, ou ectópicos, ao invés de dentes íntegros.

BECKER, W., BERG, BECKER, B. (1984) advogaram que um dente deve ser extraído em uma ou mais das seguintes ocasiões: 75% de perda óssea, mobilidade grau III (movimentação do dente no sentido horizontal e vertical), envolvimento de furca

classe III, bolsas maiores que 8 mm, relação coroa-raiz desfavorável, perda óssea horizontal e abscessos periodontais sucessivos e recorrentes.

MENAKER (1984) afirmou que a cárie dentária é uma doença que afeta os tecidos calcificados dos dentes, e é de origem microbiológica. Os ácidos de origem bacteriana promovem uma dissolução localizada nas estruturas inorgânicas do dente, levando à desintegração da matriz orgânica.

BRADBURY (1985) estudou 3933 indivíduos que haviam sido submetidos a extrações dentárias com finalidade ortodôntica no "*British Health Service Orthodontics*". Notou predominância de exodontias no sexo feminino (58,9%) em relação ao masculino (41,1%). Numa análise em relação às unidades dentais, o autor encontrou as maiores freqüências para os primeiros pré-molares (58,4%), os segundos pré-molares (12,4%) e os primeiros molares (11,9%), seguidos pelos segundos molares (7,4%), incisivos (4%), caninos (3,7%) e terceiros molares (2,1%).

CAHEN, FRANK, TURLOT (1985) solicitaram de 3516 dentistas franceses, selecionados ao acaso, o número e causas das exodontias realizadas durante o mês de janeiro de 1984. Essas causas foram divididas em oito grupos: cárie, doença periodontal, problemas de erupção e protéticos, trauma, ortodônticos, oclusais, e outras causas.

Dados foram enviados por 910 dentistas (25,3%), com um total de 14,621 extrações. Do total das extrações, a cárie foi a mais freqüente (49%), seguida da doença periodontal (32,4%) e razões ortodônticas (8,4%). No grupo etário abaixo de 50, a cárie foi a principal causa das extrações; no grupo acima de 50, a doença periodontal foi a principal causa. As extrações por causas ortodônticas manifestaram-se nos grupos etários de 6-12 e 13-20, respectivamente, com freqüências de 72,6% e 24,8% do total de extrações. Problemas de erupção contribuíram com mais freqüência nos grupos etários de 13-20 e 21-30 anos, com percentagem de 8,7% e 12,3%, respectivamente. As extrações por trauma foram notadas com mais freqüência (8,8%) no grupo abaixo de 6 anos. Os 1º e 2º molares, juntos, tiveram 29,6% extrações, seguidos dos pré-molares, dentes anteriores e 3º molares, nos níveis de 25,8%, 29,9% e 14,7%, respectivamente. Houve maior freqüência de extração por cárie nos molares (40,9%); nos anteriores, por doença periodontal (49,1%) e, por razões protéticas, novamente nos anteriores (57,5%). Considerando as extrações por região da França,

houve muitas variações. As percentagens de freqüência de extrações por cárie e doença periodontal estavam relacionadas inversamente.

BAELUM, FEJERSKOV (1986) examinaram, em 170 adultos da Tanzania, no grupo etário de 30-60 anos, dentes perdidos, cárie dental e perda de inserção periodontal. A causa da perda dentária foi fornecida por um intérprete. A cárie foi registrada de acordo com a profundidade da lesão, isto é, envolvendo esmalte, dentina ou polpa respectivamente. A perda da inserção periodontal foi medida como sendo a distância em milímetros da junção amelocementária, até o fundo da bolsa. A superfície mais severamente afetada determinou o estado do dente.

A média numérica de dentes presentes variou de 29.5 nos grupos mais jovens e 23.9 no mais velho. A média numérica de dentes perdidos por cárie variou entre 2.1 e 7.0 dentes, e excedeu, de muito, os dentes perdidos por doença periodontal, mudança essa que foi somente observada em dois grupos mais velhos.

Em todos os grupos, os molares foram os dentes mais freqüentemente perdidos e também os mais afetados pela cárie dental. Apesar de um número substancial de dentes mostrarem uma grande perda de inserção, somente poucos dentes, principalmente os incisivos inferiores, foram perdidos por problemas periodontais, no grupo etário examinado.

No BRASIL, (1988) o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, realizado em 1986, mostrou que numa população idosa (entre 50 e 59 anos), as necessidades de tratamento periodontal são muito altas, e que a percentagem de indivíduos totalmente desdentados é de 49.7%, nessa faixa etária. As necessidades de prótese superior, inferior ou ambas é de 72.0%. Porém, os dados epidemiológicos utilizando o CPITN (Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal), referem-se, em sua grande maioria, à prevalência e necessidade de tratamento periodontal de populações ativas.

VIEGAS, Y., VIEGAS, A. (1988) analisaram os resultados dos dados de prevalência da cárie dentaria de crianças entre 5 e 14 anos de idade, entre adolescentes de 15 anos e adultos com até 24 anos da cidade de Barretos, SP, Brasil.

Houve redução na prevalência de cárie, similar àquela encontrada em estudos no Brasil e no exterior. Constataram que 66, 1 % de crianças de 5 a 6 anos não apresentavam dentes atacados pela cárie, havendo redução de 54% no CPOD (Índice para dentes cariados, perdidos e obturados- unidade dente) médio, dos 6 aos 14 anos.

Nas crianças de 12 anos, o CPOD médio foi igual a 3,5. Nos adultos de 18 anos de idade, 72,3% tinham todos os dentes, e a percentagem de indivíduos de 15 a 19 anos com 11 ou mais dentes extraídos, sofreu evidente redução, assim como as necessidades de colocação de prótese total.

MIYAZAKI *et al.* (1989) fizeram um levantamento envolvendo 12832 japoneses de 7 a 64 anos de idade, usando o CPITN. Das crianças com 7 anos, 50% tinham sinais de doença periodontal, cuja percentagem aumentou com a idade. Nos indivíduos abaixo de 14 anos, o aumento da doença periodontal deu-se principalmente devido ao aumento da proporção de cálculo desenvolvido. Amostras com bolsas de 6 mm de profundidade foram observadas no grupo etário de 20 a 29 anos. Na amostra formada por indivíduos mais velhos que os anteriores, a prevalência de doença periodontal foi maior no homem do que na mulher. A percentagem da amostra apresentando bolsas mais profundas, aumentou consideravelmente no grupo de 30-44 anos. No grupo de 45-64 anos, todas as amostras tinham algum sinal de doença periodontal, e a percentagem das bolsas de 4 a 5mm foi de 37%; as de 6mm ou mais, foi de 21%.

GOMES-PINTO (1989) relatou que a OMS e FDI, recomendaram para estudos epidemiológicos em saúde pública a adoção do Índice Periodontal para Necessidades de Tratamento (IPCNT). Isto ocorreu em função de maior simplicidade dos critérios diagnósticos; e da possibilidade de transformar os problemas detectados em necessidade de tratamento, com a estimativa dos recursos financeiros, tempo e pessoal envolvido.

LOCKER, LIDDELL, BRUMAN (1991) solicitaram a 580 pessoas com idades entre 50 e 89 anos, escolhidos aleatoriamente, que respondessem a um questionário contendo duas medidas para medo e ansiedade, frente ao tratamento dentário. Uma delas foi a (DAS), escala de ansiedade frente ao tratamento dental Corah; a outra, derivou da (SIADF), entrevista estruturada para acesso ao medo dental.

A média registrada na DAS foi de 7.8 e 8.4 % para pacientes considerados dentais ansiosos. Não houve diferença na média registrada na DAS, quanto ao sexo, mas houve diferenças significantes quanto à idade, onde os jovens tiveram altas médias registradas ($P < 0.0001$). Os edêntulos tiveram registros mais altos que os dentados ($P < 0.001$). Os registros da escala SIADF foram mais altos nos jovens ($P < 0.0001$), nos edentulos ($P < 0,01$) e nas mulheres ($P < 0.05$).

Os idosos que eram ansiosos frente ao tratamento dental eram inclinados a falar sobre seus cuidados com os dentes e visitas ao dentista nos anos anteriores, preferindo se esquivar ao tratamento.

GUIMARÃES *et al.* (1992) estudaram uma amostra de 3.249 radiografias panorâmicas e periapicais anteriores, de pacientes entre 04 e 12 anos, atendidos na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com prevalência de dentes supranumerários na região anterior. Estabeleceram a relação dessa anomalia com a dentição, sexo, localização e morfologia. Houve maior freqüência na segunda dentição e no sexo masculino, com localização mais freqüente na linha média. Entre as 2.534 radiografias em segunda dentição, a prevalência foi de 1,93% para a anomalia.

ROSA, CASTELLANOS, GOMES-PINTO (1993) avaliaram, em 1989, no Brasil, duzentos e cinqüenta e sete idosos residentes na cidade de São Paulo, cujo objetivo era conhecer a saúde bucal na população de 60 anos ou mais de idade. A cárie dentária e suas conseqüências estavam presentes em 100% da população examinada. O índice CPOD médio foi de 30,04 (94%), e somente 1,96 dentes sadios (6%) foram encontrados. As extrações já realizadas correspondiam a 27,26 dentes.

DINI, CASTELLANOS (1993) estudando as condições de saúde bucal de idosos na faixa etária de 60 anos ou mais, na cidade de São Paulo, verificaram que as necessidades de tratamento periodontal são mais altas e severas que as verificadas pelos dados dos levantamentos em saúde bucal no Brasil, para o grupo de 50-59 anos. Em média, cada pessoa tinha aproximadamente 30 dentes atacados pela cárie, dos quais 85% estavam perdidos. Mais de 76% da população examinada não foi incluída no estudo por serem desdentados, e um terço necessitava de prótese total, superior e inferior.

O'CONNOR (1993) enfatizou que as exodontias com finalidade ortodôntica de correção de apinhamento ou de discrepância osteodentária, têm sido causa de muita controvérsia. Através de questionários, inquiriu 814 ortodontistas, e comparou as tendências atuais na prática ortodôntica àquelas observadas há 5 anos atrás. Verificou redução nas tendências à indicação de extrações dentárias, de 37,74% para 29,28%.

VASCONCELLOS *et al.* (1994) avaliaram a distribuição de cárie em 734 escolares de 7 a 12 anos, da rede pública, na cidade de Santa Lúcia (SP). Observaram um índice CPOD de 8.83 aos 12 anos de idade, mostrando uma prevalência elevada de cárie. Aos 9 anos, 9,35% da totalidade dos dentes cariados correspondiam aos incisivos superiores, e o CPOD encontrado foi de 4.01.

CAMPOS JUNIOR *et al.* (1994) realizaram um estudo transversal, em uma amostra de 1.633 indivíduos jovens, com idades variando entre 18 a 35 anos, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente na cidade de Bauru.

Avaliaram as condições periodontais e as necessidades de tratamento, identificando os indivíduos de alta suscetibilidade à doença periodontal, usando para isso uma metodologia de análise com linhas de corte. Houve relação entre os valores do CPITN e a idade. O aumento dos valores não foi homogêneo, e ocorreu em alguns indivíduos cujo número foi reduzido. A metodologia de análise por linhas de corte pode colaborar na composição de um índice de risco à doença periodontal.

MILLER, LOCKER (1994) coletaram e examinaram dados sobre saúde oral, de uma população adulta de Ontário, com 18 anos ou mais de idade. Estes dados foram usados para guiar uma investigação preliminar sobre a incidência de perdas dentárias, explorando suas conseqüências psicológica e social.

De uma amostra de 500 indivíduos dentados, 10% relataram ter perdido um ou mais dentes em anos anteriores. A comparação entre os que perderam e não perderam dentes, mostrou diferenças significantes de acordo com a idade, renda familiar e local de nascimento. Os indivíduos que usavam dentaduras parciais, possuindo poucos dentes no início de período de estudo, ou aqueles que procuravam o dentista quando tinham dor ou outra complicação, estavam também mais aptos à perda dentária.

A análise de regressão logística identificou somente idades como fator de risco independente. Indivíduos que perderam dentes eram significativamente mais comprometidos com seus cuidados orais e conduta psico-social, como medido por uma bateria de indicadores subjetivos de saúde oral. De qualquer forma, esses problemas pré-existentes, ou as conseqüências da perda de dentes durante anos passados, não podem ser determinados por este estudo. Esta investigação sugere que a perda de dentes continua a afetar muitos canadenses adultos, e demonstra a sua importância.

MORITA *et al.* (1994) basearam sua pesquisa em dados colhidos por 849 dentistas japoneses, que colheram informações sobre as causas da extração de dentes permanentes durante 1 semana, em cada uma das estações do ano.

As causas consideradas foram: cárie, doença periodontal, problemas de erupção, trauma, ortodônticos e outras causas. Foram relatadas 11175 exodontias, e a cárie foi a causa mais freqüente (55,4%), seguida da doença periodontal (38,0%). As mulheres extraíram mais dentes por cárie que os homens. No grupo de maiores de 16 anos, a cárie foi a principal causa de extração, e a doença periodontal foi a principal causa nos homens, mas somente na faixa de 45-65 anos.

Os dentes inferiores anteriores, principalmente, apresentaram alta percentagem de exodontias por doença periodontal. Pré-molares e molares superiores nos homens, foram extraídos em maior número por doença periodontal do que por cárie, enquanto que a cárie foi a causa predominante nas exodontias de dentes superiores nas mulheres.

ROSA, PERES (1995) afirmaram que diversos fatores têm contribuído para a redução da cárie em vários países do mundo, sendo os principais, decorrentes da melhoria da qualidade de vida das populações, com repercussão na saúde bucal, como o acesso à educação, a programas educativos, a serviços de saúde, e à possibilidade de aquisição de produtos de higiene bucal, como dentifrícios fluorados e escovas. Mostram que os serviços de saúde bucal, que cobrem contingentes populacionais muito grandes, enfatizando o valor da prevenção e utilizando a associação de métodos, pessoal auxiliar, identificando grupos de maior risco, fornecendo a eles cuidados especiais, desempenharam importante função na redução da cárie dentária. Acreditam também que a crescente produção e comercialização de dentifrícios contendo flúor, bem como a fluoração das águas de abastecimento público e seu controle, são também responsáveis pelas mudanças no quadro epidemiológico de várias nações.

URIBE, MOTZFELD (1995) mostraram as diferenças observadas quando se faz o diagnóstico clínico de cárie e se compara com um estudo radiográfico (técnica interproximal). Realizaram a análise epidemiológica e índice CPOD, em estudantes do primeiro ano de Odontologia do ano de 1993, na Universidade do Chile.

Dos 97 alunos submetidos ao exame clínico, somente 62 fizeram o exame radiográfico pela técnica interproximal, sendo 33 homens e 29 mulheres. O índice COPD elevou-se de 8,6 para 11,05, e esse aumento se deve à presença de cáries

proximais, não detectadas no exame clínico. O número de cáries diagnosticadas, complementadas pelo exame radiográfico, aumentou de 256 para 432. A maior frequência de cárie foi para primeiro molar permanente, sendo o mais afetado o primeiro molar superior direito (16), e os que apresentaram menor frequência de cárie foram os primeiros pré-molares inferiores.

PHIPPS, STEVENS (1995) examinaram as causas das perdas dentárias numa população adulta que possuía seguro dental. Usaram registros computadorizados para identificar pacientes no grupo etário de 40-69 anos, que tiveram extrações durante 1992.

Resultados: um pouco mais de 51% foram perdidos por doença periodontal, 35,4% por cárie, 9,5% pela combinação das duas anteriores, e 3,5% por outras causas. Quando os pacientes foram considerados como unidade de análise, 58,4% deles tiveram extração por cárie, 39,9% por doença periodontal, 5% por ambas e 2,6% por outras causas. Cárie e doença periodontal participam da perda dentária. Programas de prevenção para as duas doenças devem ser desenvolvidos para adultos.

BERCY, BLASE (1995) discutiram os fatores que levam à perda dentária, e afirmaram que as extrações por doença periodontal aparecem em vários estágios do tratamento: estágio terminal da doença, necessitando de extração imediata, dentes sem importância estratégica, adiamento da extração se preferir esperar pela resposta ao tratamento. A decisão para extração, deve levar em consideração vários fatores: função e importância da posição estratégica do dente, extensão da lesão, nível da destruição inter-radicular, lesão endo-perio, fraturas e luxações, proximidade radicular, implicações com dente incluso, evolução depois do tratamento.

BADER, MARTIN, SHUGARS (1995) estudaram todas as fraturas dentárias identificadas no período de 2 semanas, em indivíduos matriculados na organização para manutenção de saúde dental (Programa de assistência dental permanente-Kaiser), para determinar a incidência e severidade das mesmas. Encontraram, para cada 100 adultos, por ano, 5 fraturas completas, para todos os dentes, e 44 para os dentes posteriores, respectivamente. Houve 15% de fraturas resultantes de envolvimento pulpar ou extração.

CROSSNER, UNEL (1996) por meio de um estudo longitudinal, acompanharam, por 11 anos, um grupo de adolescentes suecos, dos 14 aos 25 anos de idade,

observando o estado gengival, a profundidade de bolsas, cálculos subgengivais, cárie, perda de inserção e regularidade de retornos ao dentista. Neste período de observação, 16% não desenvolveram cárie, e o CPOD cresceu 0.6 por ano. Como resultado da higiene oral precária, estabeleceu-se a inflamação, levando à perda de osso marginal em 11% do grupo de adolescentes. As mulheres apresentaram saúde bucal melhor que os homens, e a diferença foi ainda mais significativa aos 19 anos.

MICHEELIS, BAUCH (1996) analisaram a saúde bucal de 1741 indivíduos da República Federal da Alemanha e 1519 indivíduos da República Democrática Alemã, encontraram para alemães orientais e ocidentais, considerados conjuntamente, os seguintes valores médios de CPOD: 13 a 14 anos de idade, 4,9; 35 a 44 anos de idade, 16,1; e 45 a 54 anos de idade, 17,9. Na faixa etária de 35 a 44 anos, a média de dentes perdidos foi de 3,9, e na faixa etária de 45 a 54 anos, a média foi de 7,7.

TUMANG *et al.* (1996) realizaram um estudo epidemiológico em uma população urbana acima de 15 anos de idade, na cidade de Maringá-PR. Foram examinados e entrevistados 521 indivíduos de ambos os sexos nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 50 anos ou mais de idade. O índice CPOD médio encontrado nas diferentes faixas etárias foi o seguinte: de 15 a 19 anos de idade-8,8; de 35 a 44 anos de idade-19,8; de 50 anos ou mais de idade -27,9.

HAAKE in: CARRANZA, NEWMAN (1996) admitiram que a saúde periodontal pode ser considerada um estado de equilíbrio, no qual a população bacteriana coexiste com o hospedeiro, e não ocorre dano irreparável, tanto para as bactérias como para os tecidos do hospedeiro. A quebra desse equilíbrio causa alterações tanto para o hospedeiro como para o biofilme bacteriano, e tem como resultado final a destruição do tecido conjuntivo do periodonto.

PEREIRA, CASTELLANOS (1996) examinaram 104 idosos de 60 a 89 anos. Mediante os resultados, verificaram que o estado de saúde bucal foi muito deficiente, sendo que 4,29 (60-70 anos) ou 71,5% dos sextantes e 4,71 (70 ou mais anos) ou 78,0% apresentavam-se nulos, ou seja, com menos de dois dentes para o exame, enquanto 0,12 e 0,13 dos sextantes apresentavam bolsas periodontais profundas (>6mm), nas idades de 60 a 70 anos e 71 anos ou mais, respectivamente. O nível de conhecimento sobre doença periodontal e placa dental foi muito deficiente, enquanto 52% dos entrevistados afirmaram que visitaram o dentista nos últimos dois anos.

Concluíram que mediante o exposto, é necessária uma maior atenção odontológica à faixa etária de idosos, visto não haver no Brasil programas de atendimento comunitário, em larga escala, que incluam esse grupo.

NARVAI *et al.* (1996) mostraram que há indícios de que a prevalência da cárie dentária está diminuindo no Brasil, apesar da tendência ao aumento do consumo de sacarose em nosso meio, em todas as camadas sociais. Apontaram três grandes vertentes explicativas no declínio: a) a expressiva ampliação da disponibilidade de água tratada em várias regiões e no país como um todo. Evoluímos de 54,4% da população com acesso à água tratada em 1970, para 88% em 1988. b) a adição de compostos fluorados aos dentífrícios, especialmente nos populares, e a crescente expansão do mercado brasileiro nas últimas duas décadas; c) as mudanças relacionadas ao sistema de saúde brasileiro. É claro que é sempre muito difícil falar em termos de Brasil como um todo. As profundas desigualdades sociais tornam ainda mais difíceis as descrições e análises. Os resultados recentemente encontrados na cidade de Santos, SP, utilizando a padronização preconizada pela OMS e dados relativos a outros municípios, seja em municípios pequenos, como Icó, no Ceará, ou Tapiraí, no interior paulista, seja em grandes cidades como Goiânia, Campinas, São José dos Campos, entre outras. Todos revelaram importante tendência de queda. Por outro lado, dados de um levantamento de abrangência nacional, realizado pelo SESC/SESI, tendo como base os usuários dos seus serviços, apontam na mesma direção: a cárie está caindo. Entretanto, tais indícios ainda não permitem afirmações categóricas e necessitam confirmação em bases científicas.

GOMES-PINTO (1996) procedeu à atualização dos dados do índice CPOD aos 12 anos, em 165 países do mundo, fazendo uma análise dos principais fatores que estão interagindo para o declínio da cárie. Comparados aos números de cerca de seis anos antes, todos os dados, em nível mundial, são melhores agora.

O CPOD experimentou um declínio global da ordem de 15,5% nesse período, principalmente devido às melhoras verificadas nos países industrializados; no Brasil, houve uma redução de 27% do índice aos 12 anos.

ANGELILLO, NOBILE, PAVIA (1996) coletaram informações sobre as causas das exodontias fornecidas por dentistas, selecionados ao acaso pela Associação Dental e Maxilo-Facial Italiana. Durante duas semanas de trabalho, foram extraídos 1056 dentes de 839 pacientes, por 164 dentistas. Mais de dois terços dos dentes dos

pacientes foram extraídos por cárie (34,4%) e por doença periodontal (33,1%). A média numérica de dentes extraídos por paciente mostrou um significativo aumento com o aumento da idade, sendo de 1,09 para a faixa etária de 16 a 39 anos, 1,25 aos 40-59, e 1,54 naqueles pacientes acima de 59 anos.

O terceiro molar foi o dente mais extraído e 41,3% foram removidos por impacção, principalmente os inferiores. O primeiro e segundo molares e os pré-molares foram extraídos mais freqüentemente por cárie; mais da metade dos incisivos e os caninos, por doença periodontal; 57,1% dos dentes por razões protéticas e, dentre eles, incisivos e caninos, especialmente inferiores. 47,4% dos dentes extraídos por razões ortodônticas eram primeiro e segundo pré-molares. A prevalência de pacientes que tiveram pelo menos um dente extraído por cárie ou por razões ortodônticas foi altamente significativa, tanto nos pacientes que retornaram periodicamente para exames, como aqueles que procuraram o profissional eventualmente. Há necessidade de iniciativa dos dentistas para a prevenção e tratamento da cárie e doença periodontal, para reduzir o número de extrações devidas a elas.

ONG, YEO, BHOLE (1996) realizaram levantamento para determinar as razões de extrações de dentes permanentes em Singapura. A amostra colhida por 52 dentistas clínicos gerais, num período de 12 meses, foi de 1276 pacientes, dos quais foram extraídos 272 dentes. Nesta população, os resultados mostram que o número de dentes extraídos por doença periodontal e cárie foram semelhantes: 35,8% e 35,4%, respectivamente. Houve um aumento, com a idade, das extrações por doença periodontal. Pacientes acima de 40 anos tiveram 76% de dentes perdidos por problemas periodontais; aqueles abaixo de 40 anos, 26,7%.

Com a cárie aconteceu o inverso. Dentes posteriores foram mais freqüentemente extraídos que os anteriores. Os terceiros molares tiveram 24,7% de extrações, e os incisivos centrais tiveram 8,0%; os primeiros, por cárie, e os segundos por doença periodontal. Os resultados não mostraram predominância de uma causa de exodontia sobre a outra, visto que as duas se igualaram.

FERREIRA JUNIOR (1997) em estudos realizados junto ao Serviço de Urgência Odontológica (SUO) da Faculdade de Odontologia de Baurú, da USP, mostrou que as principais causas de atendimento foram: pulpíte, abscesso, abscesso dentoalveolar agudo, cárie, pericementite, traumatismo, doença periodontal, raiz residual e abscesso dentoalveolar crônico. Os tratamentos mais realizados foram: abertura coronária,

exodontia, medicação, restauração provisória, controle e tratamento expectante, tratamento de pericoronarite, restauração "definitiva", drenagem de abscesso e esplintagem. Nos dois estudos houve uma predominância de pacientes do sexo feminino (58,87%), em relação ao masculino. Concluiu que a cárie e suas conseqüências ainda são os principais responsáveis pelos atendimentos de urgência, existindo uma demanda suficiente justificando o Serviço de Urgência Odontológica, que além do seu papel social, pode gerar recursos financeiros para a instituição de ensino.

SALIBA *et al.* (1997) selecionaram uma amostra aleatória de 76 cirurgiões-dentistas de Araçatuba e região, para verificar o seu conhecimento odonto-legal, as formas de anotação nas fichas clínicas, e se o conteúdo destas obedecia às normas propostas pelo C.F.O. Aproximadamente 4% deles não fazem uso de fichas clínicas. 30,2% das fichas não possuem assinatura, nem do cirurgião-dentista, nem do paciente, e 52,1% não possuem espaço para exames complementares. Os profissionais têm idéia das implicações odonto-legais, mas negligenciam dados no preenchimento de suas fichas.

CARRANZA, NEWMANN (1997) afirmaram que, embora a cárie e doença periodontal tenham a placa dental como principal fator etiológico, parecem ser dois processos independentes. O resultado final, tanto da cárie dental não tratada como da doença periodontal avançada, é a perda do dente. A doença periodontal atinge quase toda a população, porém as alterações dos tecidos de sustentação não são detectadas tão facilmente como a cárie.

HULL *et al.* (1997) estudaram as causas de extrações dentárias em adultos, e concluíram que a cárie dentária é a principal responsável pela perda de dentes até os 50 anos de idade, embora a doença periodontal tenha sido a razão mais comum de perda no grupo acima de 50 anos de idade.

FRARE *et al.* (1997), em pesquisa realizada com idosos na cidade de Pelotas, (RS), verificaram que numa amostra de baixa renda, a maioria era do sexo feminino (64,3%), com média de idade de 65 anos. 64,6% eram edentados totais, e somente 73,4% deles faziam uso de aparelhos protéticos, sendo que a maioria era prótese total. Dos 182 idosos entrevistados, 51,7% usavam prótese há mais de 20 anos.

Dos dentes presentes em 29,5% dos idosos, representando 490 dentes, 70,6% encontravam-se na arcada inferior e 29,4% na arcada superior, sendo os incisivos e

caninos encontrados em proporções praticamente iguais, além de serem os dentes mais presentes.

THOMAS *et al.* (1997) investigaram as mudanças nos padrões de novos pacientes indicados para tratamento na clínica de emergência do Hospital Dental (Cardiff Dental Hospital), desde a introdução de um novo contrato dental, em 1989. Foram atendidos na clínica 500 pacientes entre maio/junho de 1989, 1993, 1994 e 1995. O atendimento de novos pacientes aumentou de 56%, desde 1989. O encaminhamento pelo médico ou dentista da família diminuíram, enquanto que o encaminhamento próprio cresceu 56%. A extração dentária foi a forma mais comum de tratamento em todos os anos, e aumentou de 72%. Os pacientes preferiram a extração dentária como primeira forma de tratamento, em vez dos procedimentos restauradores. Essas mudanças surgiram em razão da severidade da doença dental no momento do atendimento, e também devido ao nível sócio-econômico dos pacientes atendidos.

TINOCO *et al.* (1997) afirmaram que a periodontite juvenil localizada (LJP) tem sido usada como modelo para o estudo da doença periodontal, cuja prevalência é considerada mais alta nos países do terceiro mundo (0,3 – 8%), do que nos países industrializados (0,1%), e tem sido descritas a presença e ausência de associação com o *Actinobacillus actinomycetencomitans*. A finalidade do estudo foi identificar na população brasileira, de diferentes localizações geográficas, a presença do *Actinobacillus actinomycetencomitans*, em suas lesões periodontais. Foram selecionados 7843 jovens de 12 a 19 anos de idade, das cidades do Rio de Janeiro, Votorantim e Belo Horizonte, e os pacientes com LJP foram identificadas através de critérios clínico e radiográfico. Foi achada uma prevalência final de LJP de 0,3%, com 99% de intervalo de confiança, entre 0,16% a 0,47%. Amostras bacterianas subgingivais foram obtidas da cavidade oral de 25 pacientes e de membros de suas famílias. Em 80% desses pacientes, 39,5% de membros de suas famílias, 35,3% de seus pais e 43,9% de todos os irmãos, apresentaram culturas positivas para *Actinobacillus actinomycetencomitans*. Pelo menos em uma das famílias, um de seus membros, fora o paciente, tinha cultura positiva para *Actinobacillus actinomycetencomitans*. Em três famílias, mais de um membro mostrou sinais radiográficos e clínicos de LJP; 30% das amostras que não tinham LJP, vieram de uma das áreas com alta prevalência, pois abrigavam *Actinobacillus actinomycetencomitans*. Em relação à distribuição de pacientes LPJ, de acordo com o sexo, idade e presença

ou ausência de *Actinobacillus actinomycetencomitans*, não houve muita variação entre os grupos de pais, irmãos, familiares e não-LPJ. Concluíram que a LJP está associada com *Actinobacillus actinomycetencomitans* nessa população brasileira.

MURRAY, CLARKE, LOCKER (1997) analisaram os dados fornecidos por 165 dentistas que trabalhavam em clínicas dentárias em Ontário, Canada, sobre as 6,134 exodontias realizadas em determinada semana. Desses pacientes, 11,6% extraíram um ou mais dentes permanentes. Dos pacientes que tiveram um ou mais dentes extraídos (50,1%), eram homens e (49,9%) mulheres. Em 35,9%, a doença periodontal foi a causa, e em 28,9% a cárie foi a responsável pelas extrações. Quanto ao tipo de dente, os 3º molares foram os dentes extraídos com mais freqüência. Houve diferenças quanto às causas das perdas de diferentes tipos de dentes.

Comparando esses resultados com os obtidos em estudo realizado na Escócia, parece que a idade e o tipo de dente não justificam, por si só, a maior quantidade de extrações atribuídas à doença periodontal que aconteceu na população canadense.

Fatores como a atitude frente a retenção de dentes naturais e o tipo de prática odontológica podem ter contribuído para isso.

FURE, ZICKERT (1997), em uma amostra escolhida ao acaso, em habitantes de Gothenburgo; do grupo etário de 60-70 e 80 anos de idade, examinaram esses pacientes durante 5 anos, para observar dentes perdidos e cárie. Das 208 pessoas examinadas inicialmente, 148 (71%) participaram do exame de controle, sendo: 69, 51 e 28, nos diferentes grupos de idade. No total, 110 dentes foram extraídos durante o período, em 40% dos participantes, e somente 9 pessoas perderam 3 ou mais dentes. O número de dentes remanescentes foi de 22, 18 e 15, respectivamente, nos grupos de 60-, 70- e 80 anos, e a média de dentes perdidos durante o período de 5 anos aumentou com a idade, de 0,4 na faixa de 60 anos para 0,8 e 1,4 nos 70 e 80 anos de idade. A cárie foi a principal causa das extrações, e foi encontrada em 60% de todos os pacientes, numa taxa elevada de 77% nos grupos mais velhos. Cinquenta e um por cento desenvolveram nova lesão cariada na coroa, e 61% tiveram lesão cariada na raiz, enquanto que 27% não desenvolveram cárie durante o período.

Durante 5 anos houve um aumento de cárie, e as faces coronárias obturadas aumentaram com a idade, de 2,3 na faixa de 60 anos para 3,7 e 5,3 nas de 70 e 80 anos. O aumento de superfícies radiculares cariadas e obturadas foi maior na mulher

do que no homem: 3,4, comparada com 1,8, que, por sua vez, também aumentou com a idade, de 1,4 aos 60 anos para 2,4 e 5,5 aos 70 e 80 anos de idade.

Poucos dentes foram extraídos durante o período de 5 anos, mas a cárie continua sendo um sério problema para as pessoas mais idosas.

ABREU, DRUMMOND, PORDEUS (1998), em uma população de 107 indivíduos, com idades de 18 a 35 anos, pacientes da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, estudaram o componente P do índice CPOD. De 177 dentes extraídos, 113 dentes (63,8%) tiveram como causa a cárie; 21 (11,9%) na doença periodontal; 41 (23,2%) por motivo protético e, 2 (1,1%), por outros motivos.

RODRIGUES, DAMLE (1998) realizaram levantamento epidemiológico visando estabelecer o nível de cáries dentárias e a necessidade de tratamento entre crianças de escolas municipais de Mumbai (Índia). A prevalência de cárie dental foi de 68.2%, que aumentou com a idade. O menor CPOD foi registrado no grupo de 12 anos de idade, enquanto que o maior CPOD foi registrado no grupo com 15 anos de idade. A maior percentagem do índice CPOD foi para dentes cariados, seguida pela exodontia e restaurações, em todos os grupos etários. Levando em consideração a necessidade de tratamento, em primeiro lugar temos as restaurações simples, de uma face, seguida pelas de duas ou mais faces, e as extrações. Estudos prévios indicaram uma associação entre CPOD e a contagem de lactobacilos em crianças pequenas.

AL SHAMMERY, EL BACKY, GUILLE (1998) estudaram as perdas dentárias em vários grupos etários na Arábia Saudita. A metodologia foi baseada num estudo com colaboração internacional e com a cooperação da OMS (Organização Mundial de Saúde). Os dados foram confinados aos grupos etários 6 a 7, 12 a 13, 15 a 19, 20 a 29, 35 a 44 e 65 a 75 anos, num total de 7377 crianças e adultos. Foi observada a perda de dentes permanentes, por cárie, no exame Clínico.

Os números de dentes perdidos por cárie foi de 0,03 no grupo de 6 a 7 anos; 0,12 dos 12 a 13 anos; 0,29 dos 15 a 19 anos; 1,24 dos 20 a 29 anos; 4,15 dos 35 a 44 anos e 15,79 no grupo de 65 a 74 anos de idade.

Se compararmos os sexos, houve diferenças estatisticamente significantes entre homens e mulheres, nas idades de 6 a 7, 15 a 19, 20 a 29 e 35 a 44 anos. Concluíram que o número de dentes perdidos aumenta com a idade e difere quanto ao sexo e nível sócio-econômico. Não foram encontradas diferenças de acordo com o tipo de vida, na cidade ou no campo.

Estudaram cárie, fluorose, maloclusão, situação periodontal, situação das próteses, etc.

GAMONAL, LOPEZ, ARANDA (1998), utilizando o CPITN, efetuaram um estudo epidemiológico na população chilena, dos grupos etários de 35-44 e 65-75 anos. Usando uma amostra aleatória e estratificada por idade, sexo e nível sócio-econômico, examinaram 1150 pacientes e notaram que a prevalência da doença periodontal foi de 90,89% aos 35-44 anos, e 100% aos 65-74 anos.

A prevalência total da doença periodontal foi de 92.16% nos dois grupos, sendo um pouco menor nas mulheres, e houve uma percentagem significativamente maior de homens com bolsas maiores que 6mm. A média dos sextantes com bolsas maiores que 6mm também foi significativamente maior nos homens. Houve uma associação significativa entre saúde periodontal e nível sócio-econômico. No nível alto (56,44%), no médio (98%) e (100%) no baixo. O número de sextantes afetados por bolsas maiores que 6mm (1,12), e a média de sextantes excluídos, foi significativamente alto nos pacientes de nível sócio-econômico baixo. Houve também associação entre saúde periodontal e nível de educação. No grupo de universitários, a prevalência de enfermidade periodontal foi baixa, assim como a perda de dentes. Houve 77% de perdas dentárias por cárie e 22% por doença periodontal. Concluíram que a população do Chile necessita de instruções de higiene oral e remoção de tártaro, e (45,70%) de tratamento periodontal complexo.

ASTROTH *et al.* (1998) realizaram um estudo piloto, utilizando metodologia preconizada pela OMS, para estimar a prevalência de cárie dental na área rural de Chiriqui, Panamá. Utilizaram idades índices de 12 e 15 anos e os grupos etários de 35-44 e 65-74 anos de idade, numa amostra assim estratificada de 2507 indivíduos. O índice médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) foi de 4,08 aos 12 anos, de 6,40 aos 15 anos, de 13,20 no grupo de 35-40 anos e de 18,8 para o grupo etário de 65-74 anos. Baseada em 28 dentes permanentes, a percentagem média de dentes perdidos por pessoa aumentou com a idade, atingindo índice maior que 50% no grupo de 65-74 anos. Não houve diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o sexo. Os resultados encontrados na zona rural do Panamá são similares aos do México e Haiti, quando comparados aos resultados de outros estudos realizados em comunidades da América Central. Da amostra total, 74,7% requeriam restaurações de uma ou mais superfícies, e 47.9% necessitavam pelo menos de uma extração. A

necessidade de restaurações dentárias foi maior aos 15 anos, e a necessidade de tratamento, muito grande.

No BRASIL (1998) o Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Federal de Odontologia e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em 1997, mostrou que houve uma redução de 53,98% no índice CPOD, em escolares de 12 anos, das redes públicas e privada de ensino (CPOD = 3,2), em relação ao CPOD apresentado em 1986, que foi de 6 a 7.

TOLEDO, LISBOA, SOUSA (1999) realizaram um levantamento sobre a saúde bucal dos idosos no município de Piracicaba (SP). Esses idosos pertenciam a grupos de terceira idade e ao Asilo de Piracicaba. A média de idade foi de 70 anos, sendo que a maioria era composta pelo sexo feminino (71,4%). Ao estudarem os grupos institucionalizados e não-institucionalizados separadamente, o primeiro grupo apresentou-se em situação mais precária, como por exemplo ter, em média, 8,6 dentes presentes, contra 13,1 do grupo não-institucionalizado, sendo que a necessidade do uso de próteses também foi maior: 45,8% para a prótese superior e 79,2% para a inferior; para o grupo não-institucionalizado, foi de 9,4% e 30,2%, respectivamente. A percentagem de edentulismo foi de 57,1% no geral.

SIMON (1999) citou a importância da manutenção de dentes estratégicos na boca, com motivação do paciente para conservá-los. A presença de fraturas verticais, possibilidade do dente ser restaurado e o custo-benefício, são fatores que podem determinar ou não a exodontia.

WORTHINGTON, CLARKSON, DAVIES (1999) fizeram um estudo previsivo para definir a incidência de extrações dentárias em um grupo de adultos atendidos regularmente e avaliar os fatores predictivos na perda dentária.

Foram obtidos de 23 dentistas clínicos gerais, dados clínicos anuais de um grupo de pacientes adultos dentados, atendidos regularmente por esses dentistas, durante um período de 5 anos. Foram levantados dados clínicos completos de 2.799 pacientes. Quatrocentos e setenta (17%) pacientes sofreram extrações, e 72% das quais eram de dentes posteriores. A maioria das extrações foram feitas por razões não associadas a cáries (79%). As análises revelaram diferenças significativas entre pacientes que sofreram extrações e os que não sofreram, com respeito às variáveis clínica, social, conduta e atitude, dentre outras.

ZILLMANN, VILLALOBOS, PIESCHACON (1999) compararam os dados de prevalência de saúde bucal em 138 crianças de 6 a 12 anos de idade, na Escola número 70 da comunidade de Recoleta, com as médias nacionais urbanas da população do Chile, encontradas em estudo sobre morbidade bucal e necessidades de tratamento, realizadas em 1992. O exame foi feito seguindo os padrões da OMS e estabeleceu freqüência de maloclusões com média maior para crianças de 12 anos. A cárie nas dentições decídua e permanente não apresentou diferença significativa, embora tenha havido um aumento na média de obturações no grupo estudado. Houve maior tendência à gengivite aos 12 anos (53%) e menor aos 6 anos (30%). As patologias mucosas amigdalíneas foram similares. Estes autores acreditam ser necessário estabelecer uma estratégia de trabalho preventivo para esse grupo.

ESTUPIÑAN-DAY (1999), estudando a saúde bucal nas regiões na América Latina, relatou que existe uma elevada prevalência de doença bucal, a qual está associada a elevados custos de tratamento. Mostrou a elevada prevalência e gravidade da cárie dentária na maioria dos países da América Latina e do Caribe.

Uma grande parte dos problemas está representado pela deterioração dos dentes não tratados e extração dos mesmos.

Mostra a média de CPOD para idade de 12 anos, para os países da América Latina:

Argentina	3,44 (87)
Chile	4,10 (96)
Paraguai	5,90 (83)
Uruguai	4,10 (92)
Brasil	3,06 (96)
Brasil, São Paulo	2,76 (94)
Bolívia	4,76 (95)
Colômbia	4,80 (80)
Equador	2,94 (96)
Perú	3,10 (90)
Venezuela	3,60 (86)

GIL *et al.*(1999) avaliaram a situação sócio-econômica de um grupo de pessoas que procura as diversas clínicas da FOU SP, o que ampliará a visão que alunos e profissionais possuem do paciente, propiciando-lhes melhores condições de atendimento. Nesse sentido, foram coletados dados por meio de entrevistas realizadas no período de novembro de 1996 a março de 1997 (n=351), referentes a uma parcela das pessoas encaminhadas aos diferentes tipos de tratamento. Na avaliação, puderam concluir que os pacientes, em sua grande maioria, são de nacionalidade brasileira, de cor branca, do sexo feminino e pertencem ao grupo etário de 10 a 85 anos. Com relação ao nível social e econômico, ganham salários “baixos”, mas têm renda familiar “média”. A maioria reside em casas próprias e de alvenaria, com todos os recursos urbanos disponíveis, é alfabetizada, possui instrução de primeiro grau e não tem qualificação profissional.

NARVAI, FRAZÃO, CASTELLANOS (1999) recolheram e organizaram dados nacionais para tornar acessíveis o estudo sobre a situação da cárie em dentes permanentes, em escolares brasileiros.

Analisaram para isso estudos que utilizaram o índice CPOD e informações disponíveis no “site” do Ministério da Saúde na Internet. A análise dos dados secundários revela uma significativa redução nos valores do índice CPOD, no período 1980-1996, da ordem de 57% aos 12 anos de idade. Em 1980 era considerado muito alto (7,25), e em 1996 o valor de 3,1 indica uma prevalência moderada. A fluoretação das águas de abastecimento público, a adição de compostos fluoretados aos dentífricos e a descentralização do sistema de saúde brasileiro são fatores responsáveis por esse fenômeno.

SALIBA, C., SALIBA, N., MARCELINO (1999) examinaram 97 indivíduos de uma amostra com faixa etária entre 42 e 102 anos, de ambos os sexos, pertencentes às 3 instituições de amparo ao idoso, existentes no município de Araçatuba –SP. Dos examinados, 52,57% eram do sexo masculino; 47,42% pertenciam à faixa etária de 60 a 80 anos. O número médio de dentes perdidos foi de 18,5, sendo que 69% eram desdentados totais e 31% eram edêntulos parciais. Nesses edêntulos parciais, o índice CPOD médio encontrado foi de 25,10, o que significa que quase todos os dentes foram afetados pela cárie dentária. 9,76 tinham extração indicada; 11,6% apresentaram dentes cariados, e 10,35%, dentes hígidos. Os resultados relativos ao ICNTP (Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal) mostram que 71% dos

sextantes foram excluídos, devido à presença de um único dente, ou por apresentar qualquer número de dentes com extração indicada.

NICHOLS (2000) afirmou que embora a doença periodontal represente um fator decisivo para a extração de um dente, as lesões decorrentes da cárie constituem a principal razão da condenação do dente.

WARREN *et al.*(2000) afirmaram que alguns fatores como a mobilidade dental, má higiene oral, cárie, e o custo de um tratamento com prognóstico duvidoso, constituem fatores clínicos que ajudam na decisão da extração dental.

NARVAI, CASTELLANOS, FRAZÃO (2000) estudaram a evolução da prevalência de cárie em dentes permanentes, da população infantil do município de São Paulo, SP, no período de 1970-1996, tendo como base o levantamento epidemiológico em escolares das redes pública e privada de ensino. Examinaram 2.491 escolares e obtiveram amostra probabilística, baseada no cadastro das escolas do município.

Observaram que a prevalência muito alta dos anos 60 e 70 evoluiu positivamente para um quadro de baixa prevalência na idade-índice de 12 anos. Concluíram que entre 1986 e 1996 o declínio na cárie dentária foi da ordem de 68,2%, aos 12 anos de idade, entre escolares do município de São Paulo.

No BRASIL, (2000) - Dois estudos pilotos sobre condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000, realizados nos municípios de Canela – RS e Diadema – SP, revelaram que em indivíduos jovens na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, o índice CPOD médio foi de 5,3 e 4,3 respectivamente. Em adultos, na faixa etária de 35 a 45 anos no município de Canela, o CPOD foi de 22,3, enquanto que em Diadema foi de 19,0. Na cidade de Diadema – SP, 12,7% dos indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos necessitavam de próteses do tipo parcial, e na cidade de Canela as necessidades protéticas para a mesma faixa etária foram de 8,9% no arco superior e de 24,4% no inferior. A necessidade de próteses nesta faixa etária é grande e revela que a perda do elemento dental tem incidência considerável.

CHESTNUTT, BINNIE, TAYLOR (2000) compararam os resultados de estudo sobre as razões das extrações dentárias na Escócia em 1984, com os resultados obtidos em estudo similar realizado em 1994.

Durante uma semana, 139 cirurgiões dentistas clínicos gerais da Escócia registraram as razões para todas as extrações de dentes permanentes.

Um total de 917 dentes permanentes foram extraídos de 613 pacientes, e as razões para as extrações continuam sendo a cárie dentária (51.0%), doença periodontal (21.5), fins ortodônticos (11.0%), insucesso endodôntico (4.0%). O trauma, a pericoronarite, e outras causas foram responsáveis por 5,5% das extrações durante a pesquisa, e em 7,5% dos casos, os pacientes preferiram a extração a outros tratamentos. Houve um aumento nas extrações atribuídas à doença periodontal na faixa etária de 31-60 anos com um declínio posterior. Houve redução no número de dentes extraídos, e as diferentes contribuições das várias causas das extrações foram similares.

CALDAS Jr., MARCENES, SHEIHAM (2000) identificaram as causas de extrações dentárias em Recife, Brasil, e verificam as diferenças de acordo com o nível sócio-econômico e níveis de experiência de cárie. Os pacientes examinados eram de dez centros de saúde do sistema público de saúde e de dez centros de saúde de companhias de seguro de saúde. Foram selecionados ao acaso dois pacientes de cada um dos dez dentistas de cada centro de saúde selecionado, como também todos os pacientes que tinham consulta marcada com dentistas selecionados das companhias de seguro.

Dos 404 dentes extraídos, 70,3% foram motivados pela cárie e suas seqüelas, 15,1% por doença periodontal, 6,4% por razões pré-protéticas, 3,7 eram dentes do siso, 2,5% por razões ortodônticas e 1% por trauma e pedido do paciente.

Houve maior tendência a extrações dentárias por cárie em pacientes com educação primária e baixos salários, mas as diferenças não foram estatisticamente significantes.

DOUGHAN, KASSAK, BOURGEOIS (2000) estudaram o estado de saúde oral e necessidade de tratamento da população libanesa adulta.

Utilizando metodologia preconizada pela OMS, para verificar o estado de saúde e necessidade de tratamento da população adulta, fizeram um levantamento epidemiológico em 401 libaneses adultos, com idade variando entre 30-45 anos, durante 1996. Usaram para isso questionário e exame de saúde oral.

O índice CPOD foi de 16,3%, e 1,5% da amostra teve CPOD zero, enquanto que para 55% foi menos de 4.

Dos 401 indivíduos examinados, 24% tinham pelo menos uma prótese parcial fixa, e 16% prótese parcial removível. Da amostra, 60% necessitavam de tratamento restaurador, 31% de extrações dentárias e 60% de coroas e pontes.

TROVIK, KLOOK, HAUGEJORDEN (2000) determinaram as causas de extração de dentes permanentes na Noruega, em 1998, onde 1008 dentistas (67%) responderam a questionários, enviando dados sobre a causa das exodontias. Foram extraídos 1495 dentes de 1164 pacientes, com idades variando de 10 a 92 anos, durante 2 semanas. A cárie foi a causa de 40% das extrações e a doença periodontal, por 24%. A cárie foi a principal causa em pacientes de 10 a 45 anos, enquanto que a doença periodontal prevaleceu nos adultos maiores de 45 anos. Na perspectiva de tendência, comparando pacientes maiores de 21 anos, houve redução significativa na proporção de extrações devidas à cárie entre 1968 e 1998, enquanto que mudanças não-significantes foram encontradas entre 1988 e 1998. A doença periodontal foi a causa de 26% das exodontias. Segundo a pesquisa longitudinal, os três grupos nascidos em 1923-32, 1933-42 e 1943-52, mostraram diminuição na proporção das exodontias por cárie e um aumento para doenças periodontais, durante esse período, sendo maior entre 1968 e 1988 do que entre 1988 e 1998.

PRESSON, NIENDORFF, MARTIN (2000) relataram os resultados do levantamento em saúde oral, feito em 1999 pelo Serviço Índio de Saúde, na área de dentes perdidos e indicados para extração. Foram examinados na amostragem pacientes Índios americanos e nativos do Alasca. Foram examinados um total de 12349 indivíduos com idades de 18 anos e mais velhos, com dentes extraídos e com extração indicada.

A perda total de dentes em pacientes de 35 anos e mais velhos foi de (11%); nos de 65 anos e mais velhos, foi de 42%. A média do número de dentes remanescentes diminuiu em cada grupo de maior idade. Nos pacientes com 35 a 44 anos, somente 20% não perderam pelo menos um dente permanente. A prevalência de dentes perdidos diferiu por região geográfica. A percentagem de pacientes com 20 ou mais dentes presentes aumentou entre 1984 e 1991. As perdas dentárias continuam sendo um grande problema nos pacientes índios americanos e nativos do Alasca.

MCCAUL, JENKIS, KAY (2001) investigaram as razões para a extração de vários tipos de dentes, com o objetivo de replicar outro estudo realizado 15 anos antes na Escócia. Procuraram identificar qualquer mudança na frequência de extração de

cada tipo de dente, nos 15 anos entre os dois estudos. Dos 425 clínicos gerais questionados sobre o registro de extrações de dentes permanentes durante 1 semana, 352 participaram (uma proporção de resposta de 82.8%). Havia uma quantidade 25% menor de dentes extraídos, por pacientes, e 30% menos por dentista, do que no estudo de 1984. Em 1999 houve uma atuação maior de profissionais regulares, enquanto que em 1984 um grande número de dentes de todos os tipos foram extraídos por profissionais irregulares. Os tipos de dentes mais freqüentemente extraídos em ambas as pesquisas foram os pré-molares e primeiros e segundos molares. Em 1999, os pré-molares foram os dentes mais comumente extraídos, abaixo dos 21 anos de idade, responsáveis por 57,5% das extrações nessa faixa etária. Os molares foram causa de 33,8% das extrações nessa faixa etária, comparados com 52% em 1984. Essa observação pode ser explicada pelo aumento das extrações com finalidade ortodôntica e a diminuição das extrações por cárie nessa faixa etária. No entanto, quando as extrações da população como um todo foram consideradas, a cárie e suas seqüelas permanecem como principal razão para a perda de todos os tipos de dentes, diferentemente dos incisivos inferiores, que foram extraídos principalmente por razões periodontais.

BADAUY, BARBACHAN (2001) verificaram a freqüência de perda de primeiros molares permanentes e a percentagem da amostra onde isto foi observado. A amostra constou de 10220 jovens do sexo masculino, da cidade de Porto Alegre (RS), com variação de idade entre 17 e 29 anos, com padrões sócio-econômico-culturais variados, que se apresentaram para o serviço militar obrigatório no ano 2000. Utilizaram para estudo o índice de mortalidade do primeiro molar permanente, considerando como perda quando havia apenas raízes residuais.

Dos 1960 indivíduos examinados, 19,18% da amostra tiveram perda de um total de 3374 primeiros molares, numa freqüência de perda da ordem de 8,26% dos casos.

ANDRADE, GUIMARÃES (2001) afirmaram que o nível sócio-econômico e o tipo de dieta do brasileiro levam à instalação muito rápida do processo cariioso, devido à presença de fissuras e cicatrículas de difícil limpeza na superfície oclusal do primeiro molar permanente, que somadas à dieta, levam à perda do elemento dentário.

GESSER, PERES, MARCENES (2001) estudaram a prevalência do sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas periodontais, em jovens de 18 anos, do sexo masculino, alistados no Exército Brasileiro, em Florianópolis – SC. Estudaram

também as associações com variáveis sócio-econômicas. Nas entrevistas aplicadas, com questões sobre o número de anos de escolaridade do alistando e de seus pais, e sobre a renda familiar, verificaram associações entre condições periodontais e as variáveis sócio-econômicas, pelo teste qui quadrado.

As prevalências de sangramento gengival, presença de cálculo dentário, bolsas rasas e profundas foram de 86%, 50,77%, 77% e 0,3% respectivamente.

O cálculo dentário associou-se negativamente à menor escolaridade do pai, da mãe e do alistando. Bolsas periodontais associaram-se à menor escolaridade do pai e do alistando. Houve maior prevalência do cálculo dentário e da presença de sangramento, sendo estas maiores nos indivíduos com piores condições sócio econômicas.

CARNEIRO (2001), com o intuito de verificar as condições, necessidades de tratamento e autopercepção de saúde bucal de idosos institucionalizados, na cidade de São Paulo, coletou dados através de exame clínico e de aplicação de um formulário contendo questões fechadas de múltipla escolha, a respeito de condições bucais e protéticas destes indivíduos. Foram selecionadas duas faixas etárias: 65 a 74 anos de idade e 75 anos de idade ou mais. Para o exame clínico foram adotados os critérios preconizados pela OMS, além de alguns critérios simplificados propostos pela pesquisadora. A amostra constituiu-se de 293 idosos, sendo 64,8% pertencentes ao sexo feminino e 65,2% à faixa etária de 75 anos de idade ou mais. O CPOD encontrado foi de 30,76, com 96,3% de dentes perdidos, sendo estatisticamente maior para o sexo feminino. A maior necessidade encontrada foi de extração dentária (66,57%), estatisticamente maior para o sexo masculino e estatisticamente menor para a faixa etária de 65 a 74 anos de idade. Em relação às condições periodontais, observou-se que o sextante inferior central foi o que apresentou menor prevalência da condição "excluído" (menos de dois dentes presentes), e 94,7% dos indivíduos com sextantes válidos apresentaram cálculo como maior grau de condição periodontal. Quanto ao uso de prótese, 50,9% dos idosos usavam algum tipo de prótese superior e 24,9% inferior. A necessidade de uso de prótese foi de 50,9% para o arco superior e de 75,8% para o arco inferior, sendo estatisticamente maior para o sexo masculino. A demanda maior foi por próteses totais. O formulário foi respondido por 86% dos idosos, sendo que 62,3% avaliaram suas condições bucais como muito boas ou boas. Os critérios da OMS parecem estar mais próximos da necessidade de prótese sentida por

esses idosos. Os dados apresentados caracterizam condições clínicas não satisfatórias, que parecem não ser plenamente percebidas pela população estudada.

TRAEBERT *et al.* (2001) compararam a prevalência, a severidade da cárie dentária e as necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos, de escolas públicas e privadas. Aos 6 anos a cárie mostrou prevalência de 60,9% nas escolas públicas e 34,9% nas escolas privadas. O índice ceo-d aos 6 anos foi de 2,98 nas escolas públicas e 1,32 nas privadas.

Na dentição permanente a prevalência da cárie foi de 54,7%, e o CPOD foi de 1,46, ultrapassando muito a meta proposta pela OMS para o ano 2000, ou seja, CPOD aos 12 anos igual ou menor a 3,0.

Embora em Blumenau a prevalência de cárie e as necessidades de tratamento em escolares de 6 anos de idade sejam baixas, existem diferenças estatisticamente significativas entre crianças de escolas públicas e privadas.

A prevalência de cárie e necessidades de tratamento em crianças de 12 anos de idade de escolas públicas, são igualmente baixas.

MENEZES, DUARTE, TODESCAN (2001) avaliaram, os dados obtidos no levantamento de cárie dentária e necessidades de tratamento da doença periodontal, na comunidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Foram examinados 125 pacientes com idades variando entre 15 e 65 anos, aos quais foram aplicados os índices: CPOD; IPCNT e registro de controle de placa (O'Leary *et al.*, 1972). O índice CPOD obtido foi de 13,52 para 20 a 29 anos, 19,44 para 30 a 39 anos, 20,76 para 40 a 49 anos e 20,08 para 50 a 65 anos. O registro do controle de placa atingiu a média geral de 87,5%, e toda a população necessitava de algum tipo de tratamento periodontal. Houve um aumento progressivo do índice com a idade.

SILVA, SOUZA, TOLEDO (2002) verificaram cárie, doença periodontal, edentulismo e necessidade de prótese em adultos freqüentadores de grupos de terceira idade em PIRACICABA- SP. Uma amostra de 61 idosos na faixa etária de 65 a 74 anos foi examinada segundo os critérios da OMS. Houve 60,65% de edentulismo, e a condição periodontal prevalente foi o cálculo. Não houve necessidade de prótese superior, e 5% dos indivíduos necessitavam de prótese inferior. A percentagem de idosos que usava prótese total superior e inferior foi de 80% e 57% respectivamente.

DOTTO *et al.* (2002) mostraram a necessidade de um diagnóstico precoce de dentes supranumerários, e advogaram o tratamento cirúrgico para prevenir futuro problema ortodôntico. Examinaram prontuários radiográficos de 996 crianças na faixa etária de 07 a 12 anos, atendidas nas clínicas de Odontopediatria e Ortodontia da Universidade Federal de Santa Maria, no período de 1993 a 1997. Determinaram a predileção pelo sexo, e a relação quanto a freqüência na maxila e mandíbula. Observaram maior incidência no sexo masculino, sem diferença significativa entre lado esquerdo e direito. Observaram também a ocorrência exclusiva na maxila com maior incidência na linha média entre incisivos centrais superiores.

CERQUEIRA, OLIVEIRA, PAGNONCELLI (2002) apresentaram o relato de um caso de múltiplos dentes supranumerários, presentes nos quatro hemiarcos de um paciente não sindrômico. Relataram que casos de múltiplos dentes supranumerários são ainda mais raros e estão muitas vezes associados a síndromes como a de Gardner, a de Apert, ou a displasia cleidocraniana.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Material

Foram avaliados 1596 pacientes, encaminhados para a Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, no período de 01/1999 a 12/2001. Os pacientes eram provenientes de outras clínicas da própria Faculdade ou de outras localidades.

A tabela 1 e gráfico 1 mostram a distribuição dos pacientes durante os três anos e a percentagem por sexo.

As fichas clínicas utilizadas (anexo I) foram confeccionadas pela Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. A anotação dos dados da anamnese e do exame clínico foi realizada pelos alunos (que trabalham em dupla), com a utilização de instrumental clínico composto de: pinça clínica, sonda exploradora nº 5 e espelho clínico nº 5.

3.2 Método

O estudo foi realizado através da coleta de dados da ficha clínica dos pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, pertencente ao Departamento de Clínicas Odontológicas, no período de 01/1999 a 12/2001.

Foram utilizadas somente as fichas clínicas que estavam completamente preenchidas, e que possuíam a radiografia do caso, com os dados anotados de forma correta.

As fichas clínicas foram assinadas pelo paciente ou responsável, autorizando o exame e o tratamento. O exame clínico constou de anamnese ou questionário de saúde e exame clínico intra e extra-oral, seguindo a ordem da ficha clínica.

Na anamnese foram anotadas as respostas do paciente às perguntas feitas pelo aluno, procedendo-se em seguida à medição da pressão arterial, para todos os casos.

Os pacientes que apresentavam algum problema de saúde geral importante, foram encaminhados aos serviços de saúde para avaliação médica.

No exame extra-oral foram avaliadas as estruturas da face e pescoço através da visualização e palpação (linfonodos cervicais, ATM, aspecto facial, etc.).

O exame intra-oral constou da avaliação dos elementos dentários e suas estruturas de suporte, bem como dos tecidos moles. Radiografias periapicais¹ foram sempre realizadas com a finalidade de complementação diagnóstica e auxílio durante o ato cirúrgico. Quando necessário, radiografias oclusais¹ e panorâmicas¹ foram também realizadas. Com os exames clínico e radiográfico realizados, o professor responsável pela dupla de alunos e os alunos chegavam ao diagnóstico final. O paciente era então submetido à exodontia ou encaminhado para outras disciplinas clínicas, de acordo com suas necessidades.

As extrações foram realizadas somente em dentes permanentes e em pacientes com idade superior a 10 anos.

A indicação para exodontia, seguiu os seguintes critérios: (MCCAUL, JENKINS, KAY, 2001)

1. Por cárie - cárie inicial ou recorrente, seqüelas da cárie, raízes residuais quando a coroa foi destruída pela cárie, dentes fraturados devido ao enfraquecimento de suas estruturas por cárie e restaurações fraturadas.
Falha ou insucesso do tratamento endodôntico, quando o dente foi levado a esse tratamento por cárie;
2. Por doença periodontal - quando dor, perda de função ou bolsa periodontal requeria a extração do dente;
3. Por outras causas – foram incluídas causas ortodônticas, quando o dente foi extraído para prevenir ou corrigir a má oclusão, estando ele impactado, incompletamente erupcionado, ou supranumerário;
 - Trauma: dente extraído por trauma, incluindo fraturas maxilares;
 - Protética: dente extraído para facilitar a reabilitação protética;
 - Preferência do paciente: dente extraído porque o paciente prefere a extração a outro tratamento, por razões econômicas, ou para deixar espaço livre para prótese total;
 - Antes da radioterapia: dentes próximos a tumores que vão sofrer radioterapia;

- Pericoronarite: dente extraído porque existe inflamação persistente em volta do 3º molar, necessitando de extração;
- Posição anômala: dente malposicionado, ferindo estruturas moles ou impedindo colocação de prótese.

Quando a causa da exodontia era dupla, cárie e doença periodontal, consideramos as duas causas. Alguns pacientes tiveram múltiplas exodontias por diferentes causas.

Os mesio dens foram incluídos como incisivos superiores.

Os dados coletados foram confinados às faixas etárias: <20, 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 e ≥60.

Em relação às exodontias, adotou-se como critério a contagem simples, sem qualquer consideração aos índices freqüentemente utilizados.

4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir:

Tabela 1 – Pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o sexo e o ano de atendimento.

SEXO	1999		2000		2001		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	181	36,1	244	38,1	174	37,4	599	37,5
Feminino	320	64,0	386	60,4	291	62,5	997	62,5
Total	501	100,0	630	100,0	465	100,0	1596	100,0

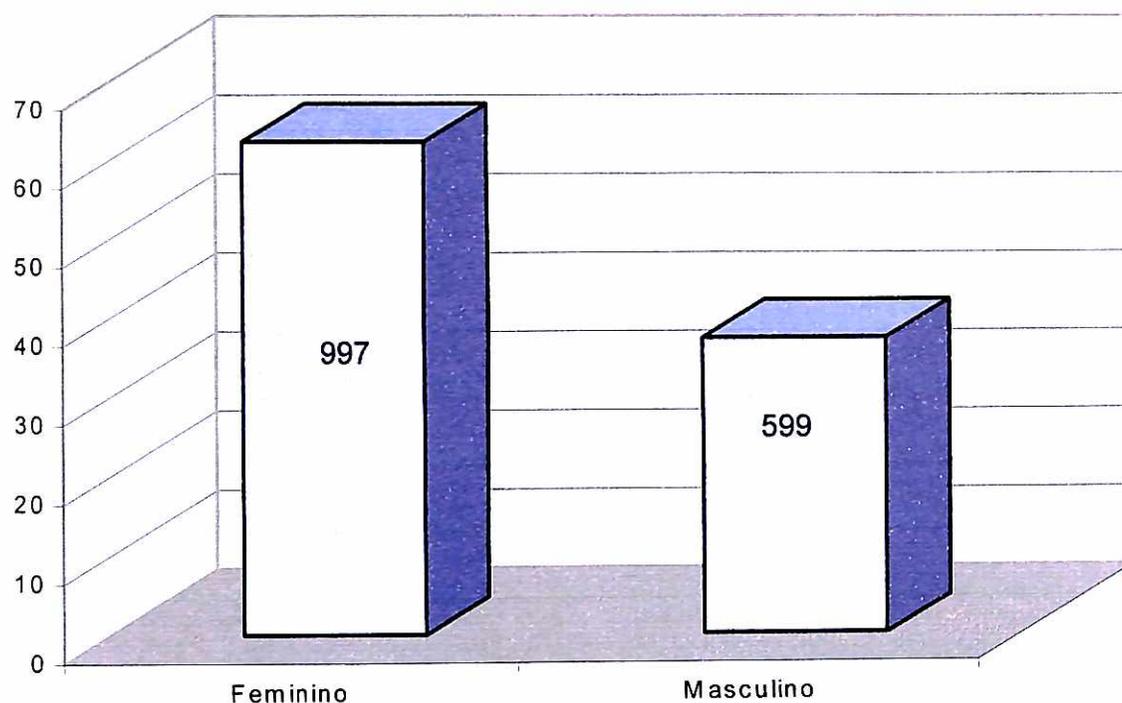


Figura 1 – Percentagem de pacientes atendidos, por sexo. (n=1596)

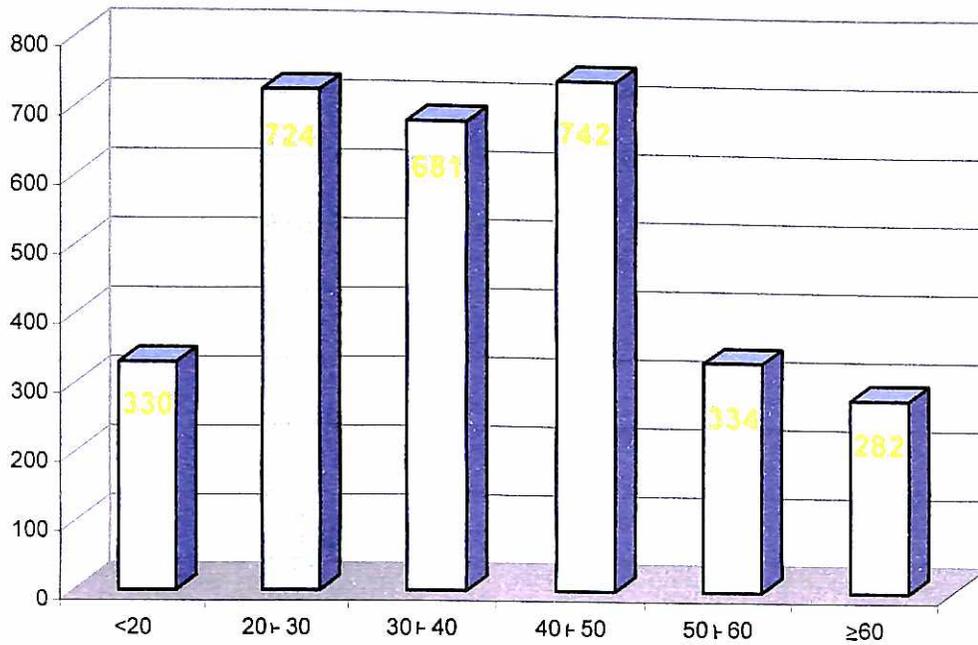


Figura 2 – Número total de exodontias realizadas por faixa etária.

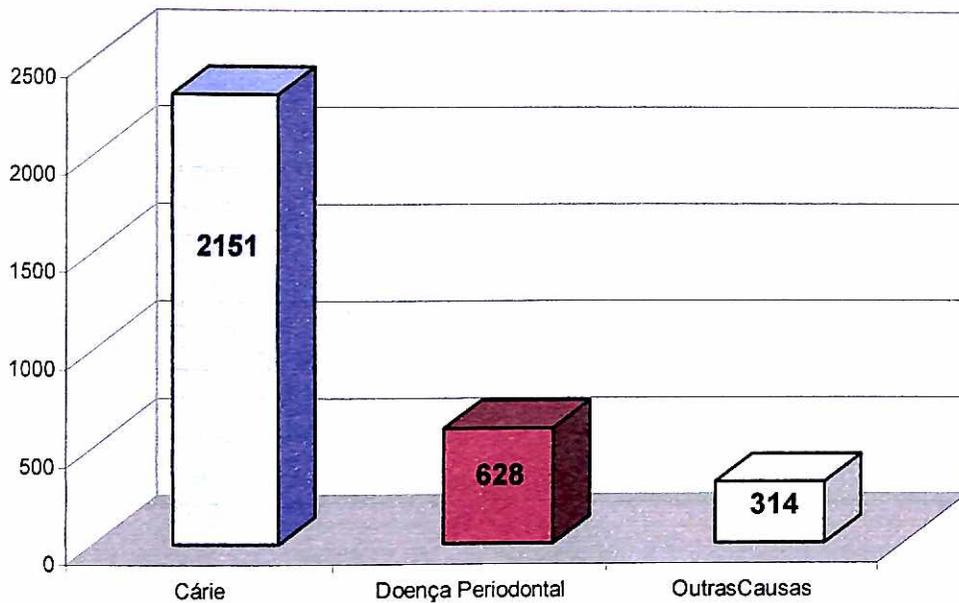
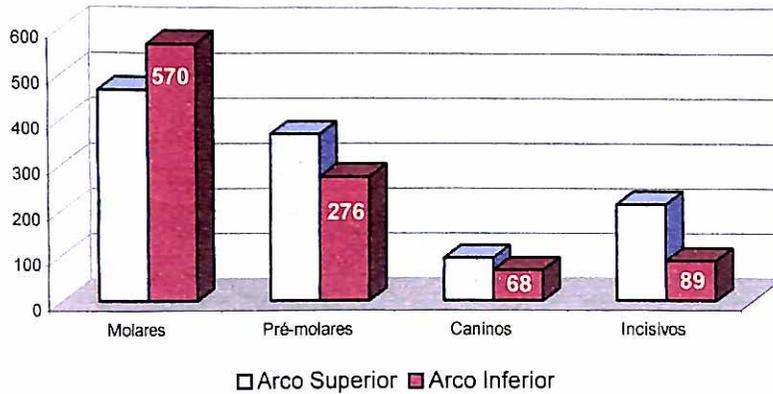
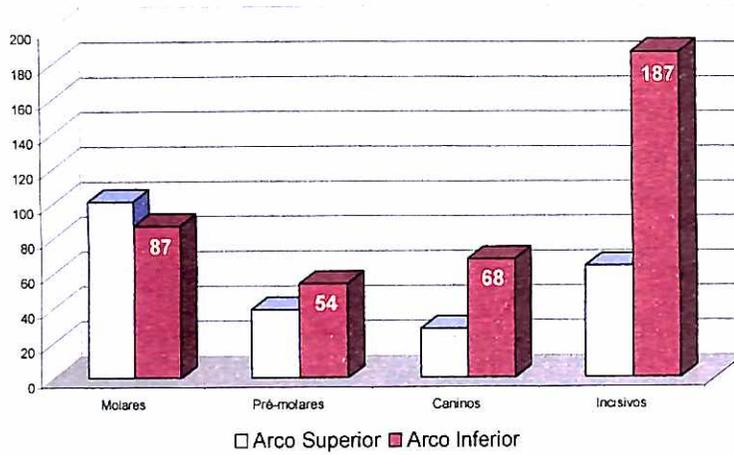


Figura 3 – Número total de exodontias realizadas por cárie, doença periodontal e outras causas.

Cárie



Doença Periodontal



Outras Causas

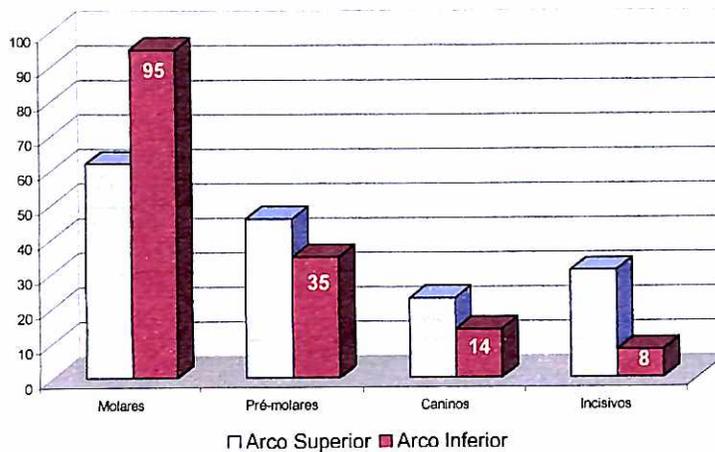


Figura 4. Pacientes de ambos os sexos, segundo a frequência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.

Tabela 2- Pacientes do sexo feminino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a faixa etária (anos) e as causas das exodontias.

Faixa Etária	Cárie		Doença Periodontal		Outras Causas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	149	11,6	0	0	67	36,6	216	11,7
20-30	388	30,3	17	4,5	51	27,9	456	24,8
30-40	353	27,6	63	16,6	31	16,9	447	24,3
40-50	252	19,7	169	44,6	20	10,9	441	23,9
50-60	85	6,6	62	16,4	6	3,3	153	8,3
≥60	53	4,1	68	17,9	8	4,4	129	7,0
Total	1280	100,0	379	100,0	183	100,0	1842	100,0

Sexo Feminino

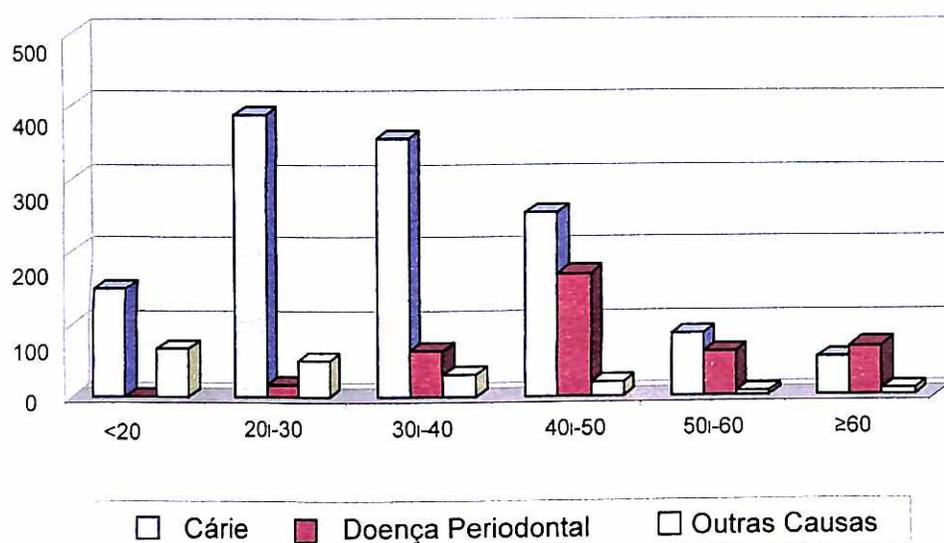


Figura 5 – Pacientes do sexo feminino, segundo a faixa etária e causas das exodontias.

A distribuição dos pacientes por faixa etária, para o sexo feminino, está representada na tabela 2 e figura 5.

Um total de 1842 dentes foram extraídos. As exodontias por cárie tiveram maior frequência (69,5%), seguida da doença periodontal (20,5%) e de outras causas independentes das anteriores (9,9%).

A percentagem de dentes perdidos por cárie foi de 30,3% na faixa etária de 20-30 anos, havendo uma queda progressiva na frequência de exodontias, que foi maior no grupo de ≥ 60 anos.

Os resultados mostram que as exodontias por doença periodontal ocorreram em menor número (20,5%) e a frequência foi crescente com o aumento da idade. A maior percentagem foi observada na faixa de 40-50 anos (44,6%), com valores pequenos para 20-30 anos (4,5%) e ausentes para < 20 anos.

Houve diminuição das exodontias por doença periodontal com o aumento da idade, e considerando as faixas etárias 50-60 e ≥ 60 , verificamos um discreto aumento para o grupo ≥ 60 da ordem de 1,1%, se comparado ao grupo anterior.

As exodontias por outras causas ocorreram em maior número na faixa etária < 20 anos (36,6%), e a frequência foi diminuindo com o aumento da idade, havendo uma diminuição maior aos 50-60 anos (3,3%) e ≥ 60 (4,4%), havendo um discreto aumento para a última em relação à penúltima.

A figura 5 e tabela 2 mostram uma predominância muito grande no número de exodontias por cárie, constituindo esta a principal causa das exodontias realizadas no sexo feminino. Em relação às doenças periodontais, observou-se aumento entre 40-50 anos, para diminuir aos 50-60 anos.

Tabela 3 – Pacientes do sexo masculino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a faixa etária (anos) e as causas das exodontias.

Faixa Etária	Cárie		Doença Periodontal		Outras Causas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<20	89	10,2	1	0,40	24	18,3	114	9,1
20 –30	230	26,4	8	3,2	30	22,9	268	21,4
30 –40	185	21,2	35	14,1	14	10,7	234	18,7
40 –50	206	23,7	72	28,9	23	17,6	301	24,1
50 –60	89	10,2	66	26,5	26	19,8	181	14,5
≥60	72	8,3	67	26,9	14	10,7	153	12,2
Total	871	100,0	249	100,0	131	100,0	1251	100,0

Sexo Masculino

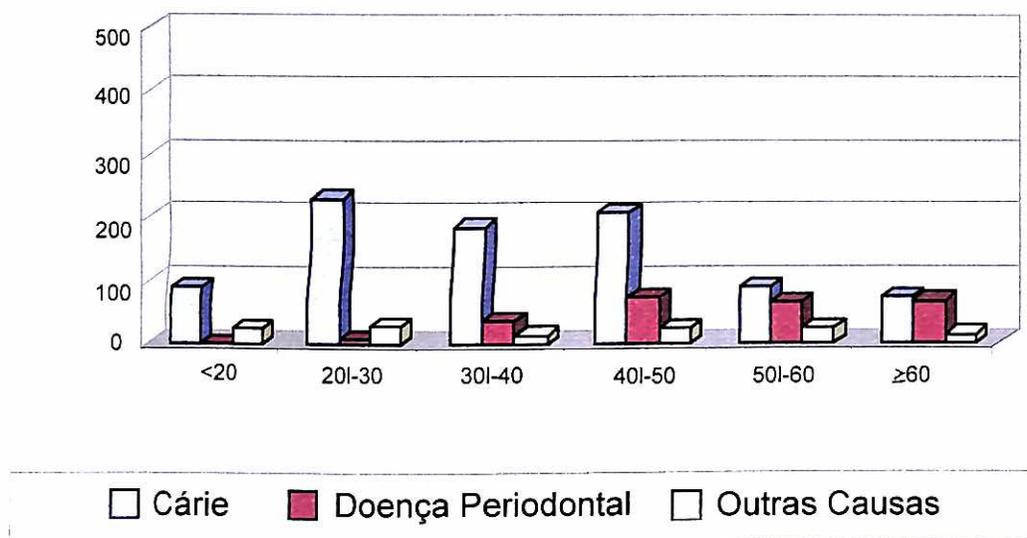


Figura 6 – Pacientes do sexo masculino, segundo a faixa etária e causas das exodontias.

Em relação ao sexo masculino (tabela 3 e figura 6), observamos que as exodontias por cárie foram responsáveis por 69,6% das mesmas.

Ao comparar as faixas etárias, a maior percentagem de exodontias foi de 26,4% entre 20-30 anos, enquanto que para <20 anos foi de 10,2%. Com o aumento da idade houve uma diminuição no número de exodontias, porém esse número voltou a crescer entre 40-50 anos (23,7%), em relação à faixa anterior, que foi de 21,2%, para novamente diminuir com o aumento da idade.

As exodontias por doença periodontal apareceram em menor percentagem na faixa etária <20 anos (0,40%). Na faixa seguinte, 20-30 anos, a percentagem de exodontias foi de 3,2%, havendo um aumento para 14,1% na faixa de 30-40 anos.

O maior número de exodontias por doença periodontal foi evidenciado aos 40-50 anos (28,9%), havendo uma pequena queda nas faixas de 50-60 e ≥ 60 anos (26,5% e 26,9%), respectivamente.

As exodontias por outras causas ocorreram em maior número na faixa de 20-30 anos (22,9%), diminuindo aos 30-40 anos (10,7%) e aumentando progressivamente aos 40-50 e 50-60 anos (17,6% e 19,8%) para diminuir novamente na faixa de ≥ 60 anos (10,7%).

Comparando o número de exodontias por cárie realizadas no sexo feminino e masculino (tabelas 2 e 3 e figuras 5 e 6), verificamos uma percentagem de 0,01% de predominância para o sexo masculino, onde 69,6% das exodontias são para o sexo masculino e 69,5% para o feminino.

Conforme observado na tabela 1 e gráfico 1, houve um número maior de pacientes para exodontias no ano 2000, e menor em 2001, predominando nos três anos o sexo feminino.

A figura 5 e tabela 2 mostram que existe uma diferença muito grande entre o número de exodontias motivadas pela cárie, constituindo esta a principal causa das exodontias realizadas no sexo feminino.

Notamos que há uma diminuição das exodontias por cárie com o aumento da idade, enquanto que as exodontias por doença periodontal aumentam com o avançar da idade, até um ponto a partir do qual passam a diminuir.

Analisando as exodontias para o sexo masculino (tabela 3 e figura 6), observamos que a cárie e suas seqüelas foram responsáveis por 69,6% das mesmas.

O número de exodontias por doença periodontal, ao contrário das motivadas pela cárie, foi 0,6% maior para o sexo feminino, onde 20,5% são para o sexo feminino e 19,9% para o masculino.

Comparando os resultados das exodontias por doença periodontal e cárie, nas tabelas 2 e 3, verificamos que na faixa etária ≥ 60 anos, houve predominância de exodontias por doença periodontal sobre a cárie, no sexo feminino.

No sexo masculino, as exodontias por cárie foram maiores que as motivadas por doença periodontal e outras causas, em todas as faixas etárias.

As exodontias por outras causas, no sexo feminino, foram maiores na faixa etária < 20 anos e seguiram uma queda harmônica nas outras faixas, enquanto que para o sexo masculino foi maior na faixa de 20-30 anos, seguida de diminuição e aumento nas faixas seguintes.

Se compararmos as exodontias realizadas na faixa < 20 anos, houve um número maior (18,3%) para o sexo feminino. Comparando os resultados das exodontias por doença periodontal e outras causas, verificamos que houve predominância de outras causas em ambos os sexos, nas faixas < 20 e 20-30 anos.

Podemos observar nas tabelas 2 e 3 que a freqüência de exodontias por cárie foi 49,2% maior que as causadas por doença periodontal e 59,3% maior que aquelas em consequência de outras causas.

Considerando a freqüência de exodontias segundo o sexo e faixa etária, notamos que as perdas dentárias no sexo feminino predominam nas faixas etárias de < 20 , 20-30, 30-40, 40-50. Nas faixas etárias de 50-60 e ≥ 60 , as exodontias predominam no sexo masculino, apesar do número maior de contingente humano no grupo feminino.

A maior freqüência de exodontias para o sexo feminino se deu na faixa etária de 20-30 anos, representando 30,3% do total das faixas examinadas e 24,8% do total de exodontias para a mesma faixa etária considerando o sexo feminino. Por outro lado, a maior freqüência de exodontias para o sexo masculino se deu na faixa etária de 40-50 anos representando 23,7% do total de exodontias das faixas etárias estudadas e 24,1% do total de exodontias para a mesma faixa etária, considerando o sexo masculino.

Para o sexo feminino a frequência da exodontias nas faixas etárias 30-40 anos e 40-50 anos foram muito próximas, 24,3% e 23,9%, respectivamente, do total das faixas etárias para o sexo.

Nas faixas etárias de 50-60 e ≥ 60 houve uma diminuição na frequência de exodontias, sendo mais evidenciada no sexo feminino que no masculino.

Tabela 4- Exodontias por cárie em pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.

Faixa Etária	1999				2000				2001				Total	
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<20	32	11,7	63	16,1	33	10,6	57	12,1	24	8,2	29	6,9	238	11,1
20 –30	68	25,0	120	30,6	80	25,8	122	26,0	82	28,2	146	34,7	618	28,7
30 –40	57	20,9	103	26,3	62	20,0	124	26,4	66	22,7	126	30,0	538	25,0
40 –50	62	22,7	68	17,3	84	27,1	119	25,3	60	20,6	65	15,4	458	21,3
50 –60	42	15,4	19	4,8	24	7,7	35	7,4	23	7,9	31	7,3	174	8,1
≥60	11	4,0	18	4,6	26	8,4	12	2,5	35	12,0	23	5,4	125	5,8
Total	272		391		309		469		290		420		2151	100,0

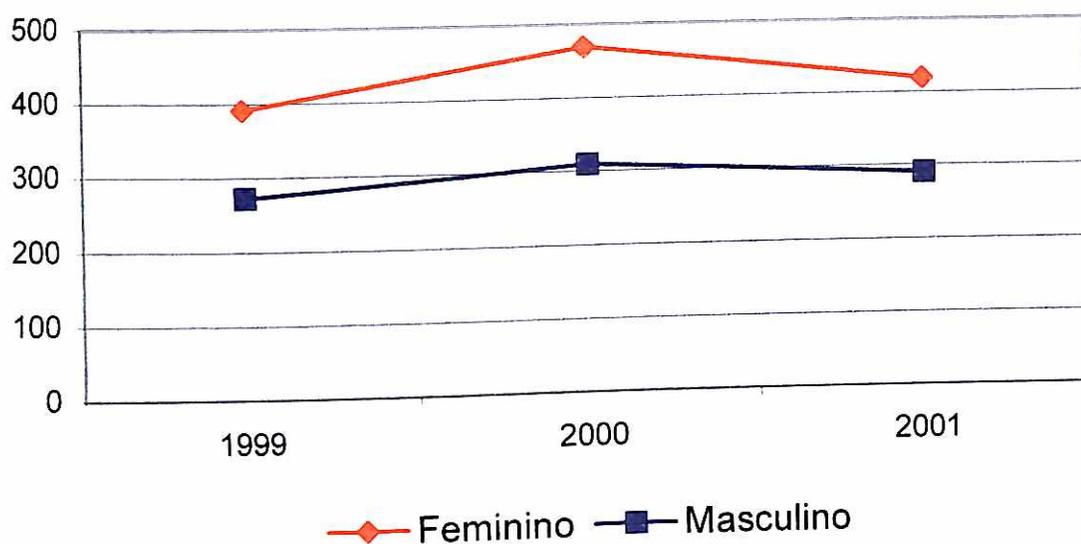


Figura 7 – Número total de exodontias, por cárie, e ano de levantamento.

Tabela 5 - Exodontias por doença periodontal em pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.

Faixa Etária	1999				2000				2001				Total	
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	0,2
20 –30	5	8,6	13	18,5	0	0,0	4	2,3	3	3,9	0	0,0	25	4,0
30 –40	11	18,9	15	21,4	11	9,5	16	9,3	13	17,1	32	23,1	98	15,6
40 –50	15	25,8	24	34,2	35	30,4	96	56,1	22	28,9	49	35,5	241	38,3
50 –60	17	29,3	15	21,4	27	23,4	30	17,5	22	28,9	17	12,3	128	20,4
≥60	10	17,2	3	4,2	42	36,5	25	14,6	15	19,7	40	28,9	135	21,5
Total	58	100,0	70	100,0	115	100,0	171	100,0	76	100,0	138	100,0	628	100,0

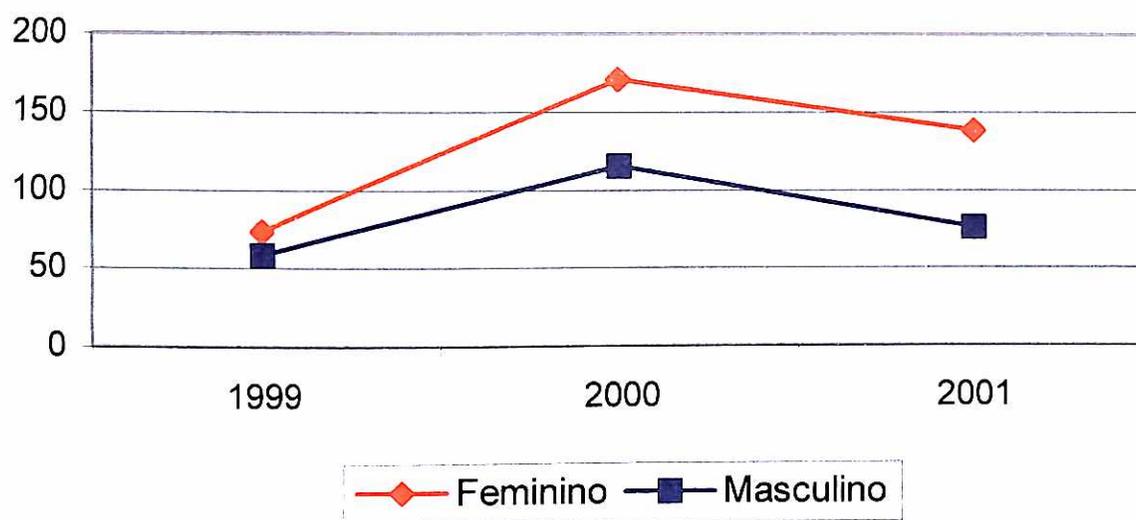


Figura 8 – Número total de exodontias, por doença periodontal, e ano de levantamento.

Tabela 6 - Exodontias por outras causas em pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo o ano de atendimento, o sexo e a faixa etária.

Faixa Etária	1999		2000				2001				Total			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<20	3	10,0	21	36,2	9	16,3	27	44,2	12	26,0	19	29,6	91	29,0
20 –30	7	23,3	21	36,2	14	25,4	17	27,8	9	19,5	13	20,3	81	25,8
30 –40	6	20,0	12	20,6	2	3,6	8	13,1	6	13,0	1	1,5	45	14,3
40 –50	3	10,0	3	5,1	18	32,7	7	11,4	2	4,3	10	15,6	43	13,7
50 –60	9	30,0	1	1,7	8	14,5	2	3,2	9	19,5	3	4,6	32	10,2
≥60	2	6,6	0	0	4	7,2	0	0	8	17,3	8	12,5	22	7,0
Total	30	100,0	58	100,0	55	100,0	61	100,0	46	100,0	64	100,0	314	100,0

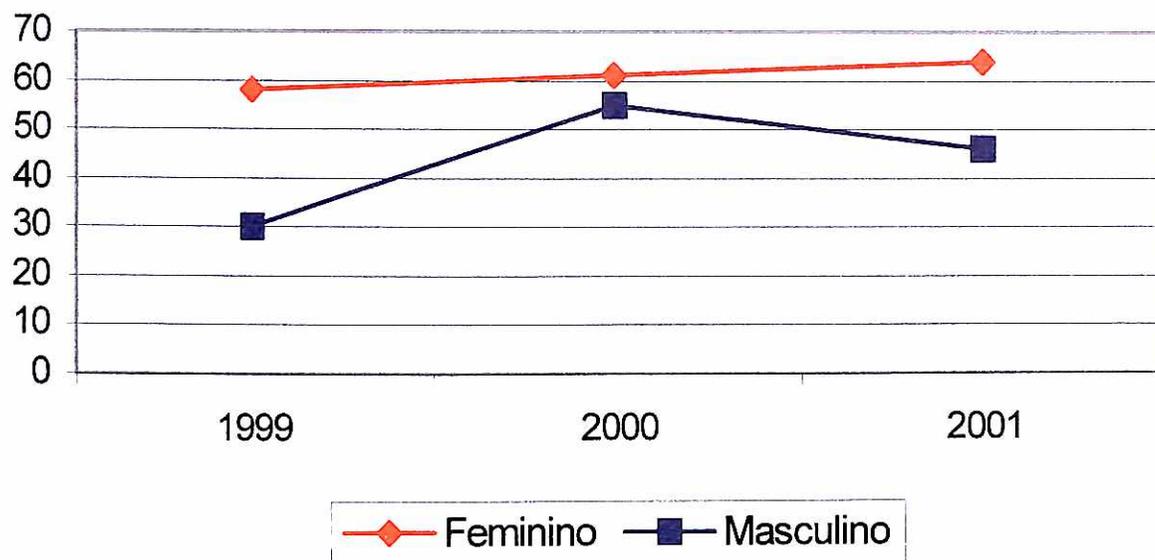


Figura 9 – Número total de exodontias, por outras causas, e ano de levantamento.

Considerando o número de exodontias por cárie nos anos 1999, 2000 e 2001 (tabela 4 e figura 7), vamos notar uma predominância na faixa etária 20-30 anos para ambos os sexos, em 1999 e 2001, e para o sexo masculino, em 2000.

Em 2000 houve um discreto aumento no número de exodontias na faixa de 30-40 anos (0,4%) se comparada à faixa anterior (26,0% e 24,4%).

As exodontias por cárie vão sofrendo um leve declínio a partir da faixa etária de 30-40 anos, seguida pela faixa de 40-50 anos, e assim por diante.

A freqüência foi ainda mais diminuída para o sexo feminino se comparada ao masculino, nas faixas de 50-60 e ≥ 60 anos, apesar do valor numérico de pacientes ter sido menor para o sexo masculino.

As exodontias motivadas pela doença periodontal (tabela 5 e figura 8) ocorreram em menor número que as motivadas pela cárie, nos três anos estudados. Houve maior prevalência para o sexo feminino (60,3%), em relação ao masculino (39,6%).

Dos três anos estudados; a prevalência de exodontias por doença periodontal foi maior para o sexo feminino em 2000 (27,2%), enquanto que para o masculino foi maior em 2001 (21,9%).

A faixa etária de 40-50 anos teve o maior número de exodontias (38,3%), que foi diminuindo com o aumento da idade.

Para o sexo masculino a prevalência de exodontias voltou a aumentar na faixa de ≥ 60 anos, o que não aconteceu com o feminino.

Na tabela 6 e figura 9, podemos observar que houve um menor número de exodontias por outras causas em 1999 (28,0%), seguido de 2001 (35,0%) e 2000 (36,9%), com maior prevalência para o sexo feminino (58,2%).

Considerando os três fatores causais da exodontia, o número delas foi menor em outras causas, numa percentagem de 10,1% do total das exodontias realizadas.

Houve maior freqüência na faixa etária <20 anos (29,0%), seguida da faixa de 20-30 anos (25,8%) havendo em seguida uma diminuição com o aumento da idade.

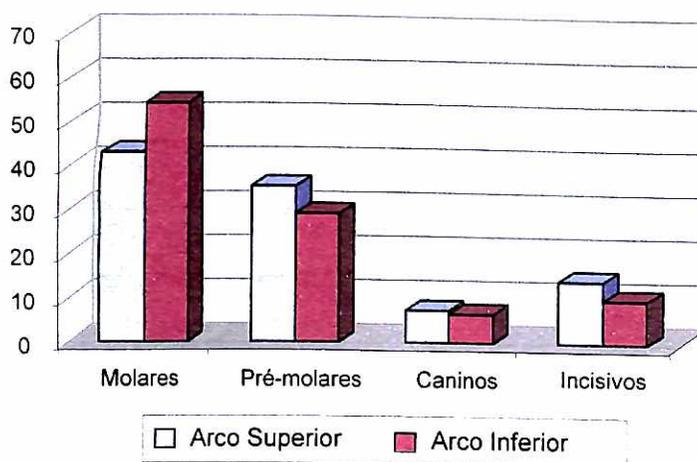
Tabela 7 – Pacientes do sexo feminino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a freqüência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.

Causas	Tipo de dente	Superior		Inferior		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cárie	Molares	285	43,2	346	54,3	631	48,7
	Pré-Molares	233	35,4	186	29,2	419	32,3
	Caninos	48	7,3	42	6,6	90	6,9
	Incisivos	93	14,1	63	9,9	156	12,0
	Total	659	100,0	637	100,0	1296	100,0
Doença Periodontal	Molares	50	38,8	53	21,0	103	27,0
	Pré-Molares	20	15,5	36	14,3	56	14,7
	Caninos	14	10,8	40	15,9	54	14,2
	Incisivos	45	34,9	123	48,8	168	44,0
	Total	129	100,0	252	100,0	381	100,0
Outras Causas	Molares	41	45,6	57	60,6	98	53,2
	Pré-Molares	28	31,1	27	28,7	55	29,9
	Caninos	8	8,9	8	8,6	16	8,7
	Incisivos	13	14,4	2	2,1	15	8,2
	Total	90	100,0	94	100,0	184	100,0

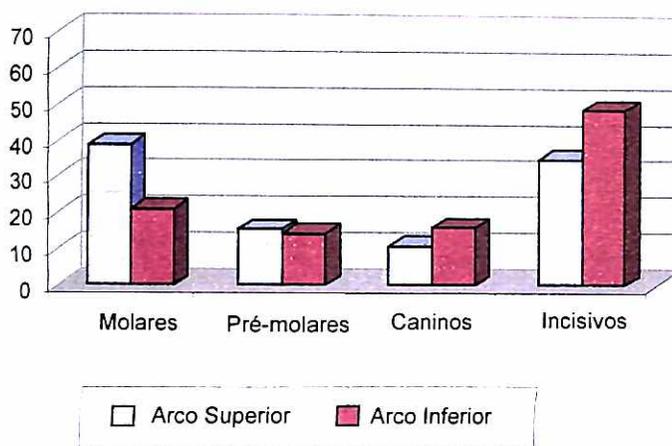
Tabela 8 – Pacientes do sexo masculino, atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, da Faculdade de Odontologia da UNISA, segundo a frequência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.

Causas	Tipo de dente	Superiores		Inferiores		Total	
		N	%	N	%	N	%
Cárie	Molares	183	37,4	224	61,2	407	47,6
	Pré-Molares	137	28,0	90	24,6	227	26,5
	Caninos	47	9,6	26	7,1	73	8,6
	Incisivos	122	24,9	26	7,1	148	17,3
	Total	489	100,0	366	100,0	855	100,0
Doença Periodontal	Molares	51	49,6	34	23,6	85	34,4
	Pré-Molares	19	18,4	18	12,5	37	15,0
	Caninos	14	13,6	28	19,5	42	17,0
	Incisivos	19	18,4	64	44,4	83	33,6
	Total	103	100,0	144	100,0	247	100,0
Outras Causas	Molares	21	29,2	38	65,6	59	45,4
	Pré-Molares	18	25,0	8	13,8	26	20,0
	Caninos	15	20,8	6	10,3	21	16,2
	Incisivos	18	25,0	6	10,3	24	18,4
	Total	72	100,0	58	100,0	130	100,0

Cárie



Doença Peridontal



Outras Causas

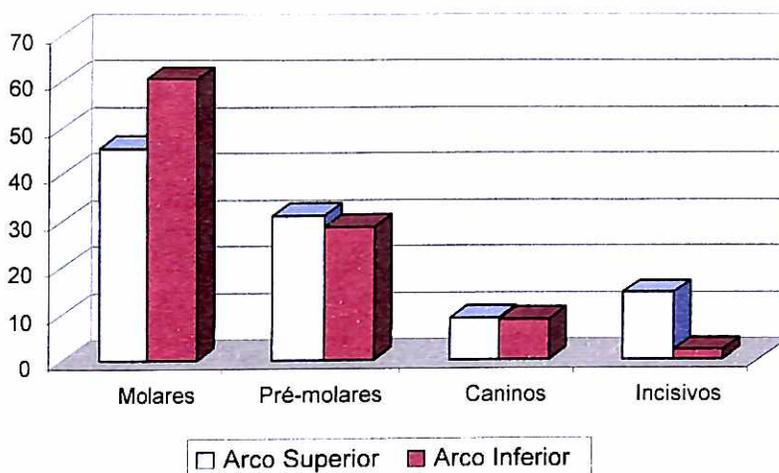
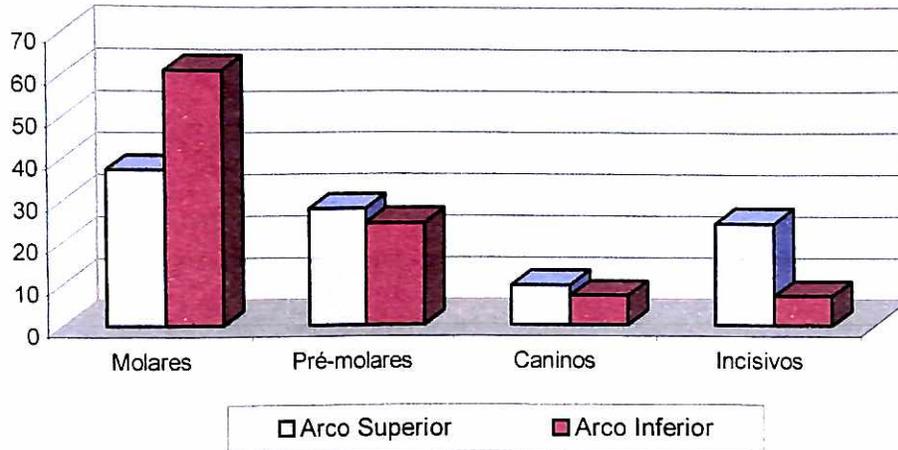
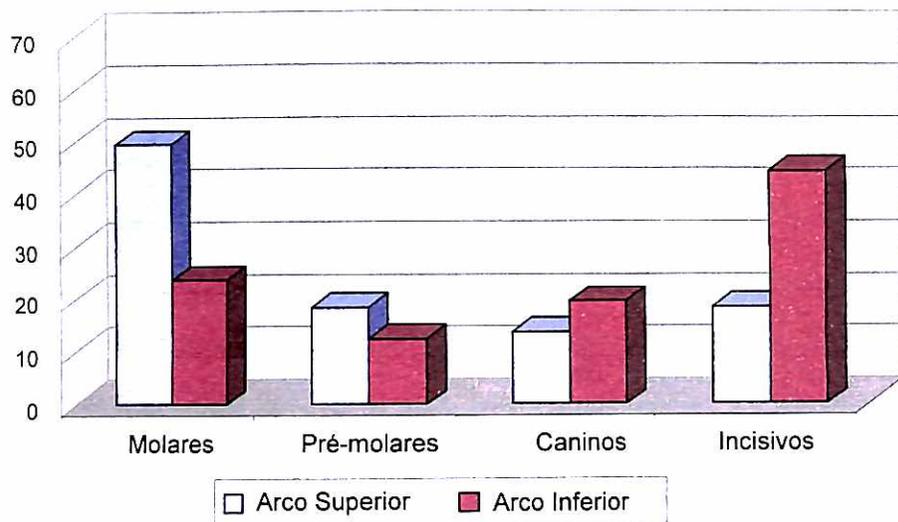


Figura 10 – Pacientes do sexo feminino, segundo a frequência de exodontias, por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.

Carie



Doença Periodontal



Outras Causas

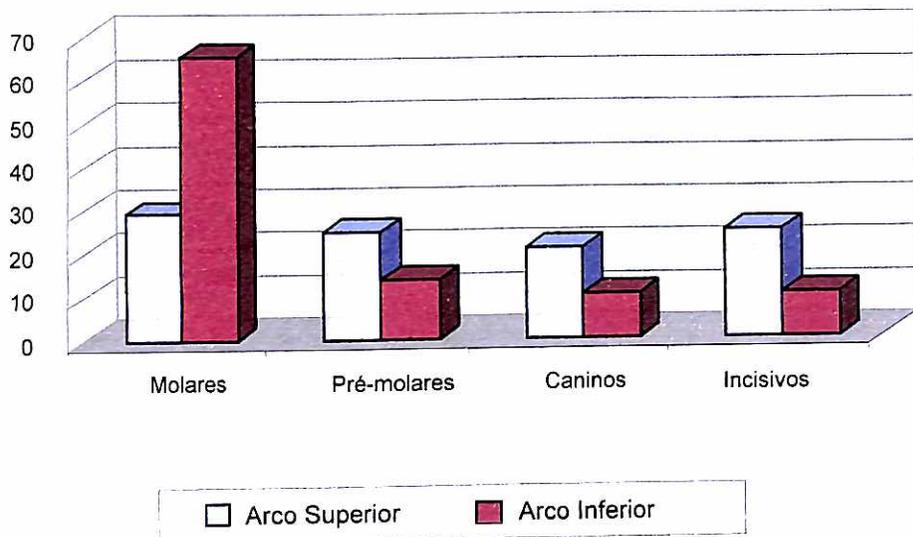


Figura 11 - Pacientes do sexo masculino, segundo a freqüência de exodontias , por causas e por dente, nos arcos superior e inferior.

Considerando as exodontias por tipo de dente, causas, e sexo (tabelas 7 e 8 e figuras 10 e 11), podemos notar que os dentes posteriores (molares e pré-molares), tanto superiores como inferiores, tiveram uma freqüência de exodontia, por cárie, maior que os anteriores (incisivos e caninos), tanto para o sexo masculino como para o feminino.

Para o sexo masculino, as percentagens de exodontias por cárie foram similares, sendo 57,2% para o arco superior e 42,8% para o arco inferior.

O número de exodontias por cárie foi maior no arco superior (50,8%), se comparado ao inferior (49,1%), no sexo feminino.

Para incisivos e caninos a prevalência de exodontias por cárie também foi maior para o arco superior, para ambos os sexos.

O número de exodontias, por doença periodontal, foi maior no arco inferior (66,1%) que no superior (33,9%), para ambos os sexos. A maior incidência foi para os incisivos inferiores, tanto para o sexo feminino (44,9%) como para o masculino (48,8%).

Quanto aos molares, houve uma predominância de exodontias dos inferiores sobre os superiores para ambos os sexos. Para os pré-molares aconteceu o inverso, maior predominância de exodontias dos superiores para ambos os sexos.

Os caninos tiveram uma freqüência de exodontias maior no arco inferior para ambos os sexos (15,6% para o sexo feminino e 19,3 para o sexo masculino.)

O número de exodontias por outras causas foi mais prevalente no arco inferior (50,8%) que no superior (49,2%), no sexo feminino, enquanto que no masculino observou-se o inverso (55,7% para o arco superior e 44,3% para o inferior).

Os molares foram os dentes mais extraídos (50,3%) para os dois sexos, seguidos dos pré-molares (25,6%). A freqüência de exodontias foi maior para incisivos superiores (9,8%) do que para inferiores (2,5%), nos dois sexos; e para os caninos houve similaridade.

5. DISCUSSÃO

A grande maioria dos pacientes que fizeram parte deste estudo provenientes do distrito Cidade Dutra e de outros distritos próximos, o que confere à Faculdade de Odontologia da UNISA o papel de referência em saúde bucal na região Sul do Município de São Paulo.

A finalidade da UNISA, seja educacional ou a prestação de serviços coletivos, visa atingir a comunidade a qual pertence, justificando sua natureza social.

A análise geral dos resultados mostra que a percentagem de exodontias por cárie foi maior (69,5%), vindo a seguir as exodontias por doença periodontal, num total de 20,3%. As exodontias devidas a outras causas atingem menor valor (10,2%).

Estes dados concordam com aqueles encontrados por CALDAS JR, MARCENES, SHEIHAM (2000), que obtiveram 70.3% de exodontias devido à cárie, 15.1% por doença periodontal e 13.6% por outras causas.

Outros autores, como CAHEN, FRANK, TURLLOT (1985) apesar de usarem para coletas de dados metodologia diferente da utilizada nesta pesquisa, verificaram ser de 49% as exodontias motivadas pela cárie, 32.4% devidas à doença periodontal e 8.4% determinadas por outras causas.

Observa-se concordância também em relação aos resultados de MORITA *et al.* (1994), que encontraram 55.4% de exodontias devidas à cárie, 38% resultantes da doença periodontal, e 6.6% por outras causas.

Apresentam menor concordância com os resultados de HULL *et al.* (1997), que notaram que 37% do total das exodontias eram conseqüência de cárie, 29% decorrentes de doença periodontal, e 33% provenientes de outras causas.

Entretanto, nossos resultados discordam dos apresentados por MURRAY, CLARK, LOCKER (1997) que indicam ser a doença periodontal a causa mais freqüente das exodontias (35.9%), vindo a seguir a cárie, com 28.9%. É de interesse notar que estes pesquisadores realizaram sua pesquisa no Canadá e examinaram uma amostra de 6.134 indivíduos, com limite de idade de 11- >60 anos.

Nossos resultados discordam também dos encontrados por PHIPP, STEVENS (1995), que obtiveram em sua pesquisa 51% das exodontias atribuídas à doença periodontal, 35.4% motivadas pela cárie e 2.6% por outras causas. Estes autores consideram a cárie e a doença periodontal conjuntamente, em 9.5% das exodontias executadas.

Os resultados obtidos por ONG, YEO, BHOLE (1996), também mostram uma pequena discordância com nossos resultados, uma vez que encontraram 35.8% de exodontias decorrentes da doença periodontal, 35.4% da cárie e 28.8% provenientes de outras causas.

Para WORTHINGTON, CLARKSON, DAVIES (1999) houve maior frequência de exodontias motivadas por outras causas, com valores significativos.

Observa-se semelhança dos nossos resultados com aqueles obtidos por GAMONAL, LOPEZ, ARANDA (1998), onde a cárie representa a causa de 77% das exodontias e a doença periodontal 22%, como também os de BAELUM, FEJERSKOV (1986), que obtiveram 84% para cáries e 24% para doença periodontal, considerando faixas etárias semelhantes às consideradas no estudo citado acima.

Embora com percentagens maiores, nossos resultados corroboram os de ANGELILLO, NOBILE, PAVIA (1996), THOMAS et al. (1997), TROVIK, KLOCK, HAUGEJORDEN (2000), que a cárie é a causa maior para as exodontias.

Muitos dos pacientes atendidos na Clínica de Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial da UNISA, fazem parte de uma população migrante, vinda de outros estados, principalmente do nordeste, cujos familiares residem na região de Santo Amaro e vizinhanças. Uma grande maioria dos locais de origem dessa população não possui água tratada e fluoretada, elemento importante na redução da incidência de cárie (BRASIL, 1998; ESTUPIÑAN-DAY, 1999; GOMES-PINTO, 1996; NARVAI, 1996; NARVAI, FRAZÃO, CASTELLANOS, 1999; ROSA, PERES, 1996; VASCONCELLOS et al., 1994; VIEGAS, Y., VIEGAS, A., 1988). A influência benéfica do flúor na cárie dentária é mostrada em vários levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional (BRASIL, 1998; GOMES-PINTO, 1996; MICHEELIS, BAUCH, 1996; NARVAI, 1996; NARVAI, FRAZÃO, CASTELLANOS, 1999), estadual (CALDAS JR, MARCENES, SHEIHAM, 2000), municipal (ABREU, et al., 1998; BADAUY, BARBACHAN, 2001; BRASIL, 2000; CAMPOS JR et al., 1994; DINI, CASTELLANOS, 1993; FRARE et al., 1997; MENEZES, DUARTE, TODESCAN, 2001; NARVAI, CASTELLANOS, FRAZÃO, 2000; RODRIGUES, DAMLE, 1998; ROSA, CASTELLANOS, GOMES-PINTO, 1993; TUMANG et al., 1996; VASCONCELLOS et al., 1994; VIEGAS, Y., VIEGAS, A., 1988) e comunitário (CARNEIRO, 2001; PERERA, QUELUZ, MENEGUIM, 1996; SALIBA et al., 1999; SILVA et al., 2002). Porém, a maioria das pesquisas relacionadas à cárie dentária se restringe à faixa etária de 12 anos (BRASIL, 1998; ESTUPIÑAN-DAY,

1999; GOMES-PINTO, 1996; NARVAI, 1996; NARVAI, FRAZÃO, CASTELLANOS, 1999; NARVAI, CASTELLANOS, FRAZÃO, 2000; TRAEBERT *et al.*, 2001; VASCONCELLOS *et al.*, 1994; VIEGAS, Y., VIEGAS, A., 1988; ZILLMANN, VILLALOBOS, PIESCHACON, 1999). Há de se considerar também o nível sócio-econômico dessa população migrante, que impede a ela a aquisição de materiais para higiene oral.

Diferenças na percentagem de exodontias entre os estudos podem ter sido influenciadas pela diferença entre os métodos utilizados, tanto na coleta de dados como também na diferença de idades entre as faixas etárias consideradas pelos pesquisadores. Reconhecemos que a comparação de vários pormenores requerem uma perfeita adaptação dos índices utilizados, e que nosso trabalho utilizou uma contagem simples quantitativa, sem prender-se a qualquer índice, tornando assim impossível algumas comparações. Nossa pesquisa refere-se apenas às exodontias, enquanto que diversas variáveis foram consideradas simultaneamente na pesquisa de outros autores, que apesar disso também concluíram ser a cárie a responsável pelo maior número de exodontias (AL SHAMMERY, EL BACKLY, GUILLE, 1998; ASTROTH *et al.*, 1998; FERREIRA JUNIOR, 1997; MCCAUL, JENKINS, KAY, 2001; MILLER, LOCKER, 1994; PRESSON, NIENDORFF, MARTIN, 2000; SALIBA *et al.*, 1999; TUMANG *et al.*, 1996).

Os pacientes procuram a extração de dentes com cárie, devido a dor e falta de recursos financeiros para realizar o tratamento conservador adequado. Além disso, a população de baixa renda está presa a horários rígidos de trabalho, que impedem sua presença nos horários de funcionamento das clínicas especializadas de tratamento odontológico.

Como a doença periodontal não causa dor, o dente permanece na boca durante um tempo maior, e a exodontia só acontecerá quando a grande perda óssea levar à mobilidade, indicando a remoção.

Sexo

Com relação ao sexo, existe discordância entre os autores. AL SHAMMERY, EL BACKLY, GUILLE (1998) observaram que a cárie predomina como causa de exodontias no sexo feminino, em relação ao masculino, e o inverso foi observado por HULL *et al.* (1997).

Esses achados não concordam com a nossa investigação, uma vez que verificamos ser a cárie a causa mais freqüente nos dois sexos. CALDAS JR, MARCENES, SHEIHAM (2000), estudando a incidência da cárie dental em Recife, (PE) verificaram que os indivíduos do sexo feminino apresentam maior média de incidência de exodontias por cárie do que os do sexo masculino, sendo essa diferença estatisticamente significativa.

No entanto, MCCAUL, JENKINS, KAY (2001) verificaram que as exodontias devido à cárie são predominantes e aproximadamente iguais em homens e mulheres, sendo estes dados confirmados por nossa investigação.

Estudos efetuados no Japão, MORITA *et al.* (1994), concluem que as exodontias conseqüentes à cárie são mais freqüentes no sexo feminino que no masculino, acontecendo o inverso em relação às doenças periodontais, na faixa etária 46-65 anos.

Nossos resultados revelam que há predominância do fator cárie sobre a doença periodontal como causa de exodontia, tanto no sexo feminino quanto no masculino.

A influência do sexo, no que se refere à incidência e a prevalência de cárie e de doença periodontal, é assunto bem estudado por vários autores. Dentre eles, citamos CAHEN, FRANK, TURLLOT (1985); HULL *et al.*, (1997); AL SCHAMMERY, EL BACKLY, GUILLE (1998), que verificaram ser a exodontia por cárie predominante nas mulheres, em relação aos homens.

Talvez estes resultados tenham sido encontrados pelo fato dos dentes irromperem primeiro nas mulheres que nos homens, valendo ressaltar que o fator hormonal parece ser o maior responsável pela exfoliação e erupção de dentes. MENAKER (1984) atribui a maior suscetibilidade à cárie do sexo feminino à precoce erupção dos dentes, estando estes expostos mais cedo aos fatores causais da cárie dentária.

A maioria dos trabalhos realizados em populações que requerem assistência bucal em centros de saúde pública ou conveniados, revelaram, em relação ao sexo, resultados semelhantes, com predominância de pacientes do sexo feminino (TUMANG, *et al.*, 1996; GIL *et al.*, 1999; MENEZES, DUARTE, TODESCAN, 2001).

Segundo GIL *et al.* (1999), a predominância do sexo feminino deve-se ao fato da mulher possuir maior tempo disponível, por não estar vinculada a horários rígidos de trabalho, além da importância que a mulher atribui à estética.

A Clínica de Cirurgia e Traumatologia, da Faculdade de Odontologia da UNISA, funciona nos períodos da manhã e tarde, permitindo às pacientes que exercem atividades no lar realizar o tratamento cirúrgico, uma vez que não existe rigidez quanto a horários ou compromissos trabalhistas que exigem presença obrigatória.

Idade

Outro fator que merece algumas considerações, diz respeito à influência da idade sobre a frequência das causas de exodontias.

De acordo com nossos resultados, as exodontias relacionadas à cárie aumentam na faixa etária de 20-30 anos, diminuindo com a idade, enquanto que aquelas devidas à doença periodontal elevam-se, com algumas diferenças, de acordo com a faixa etária examinada, visto que a doença periodontal é uma doença crônica. (Tabelas 2 e 3 e Figuras 5 e 6).

Assim, ocorre pequena inversão da causa predominante de exodontias, quando se consideram as faixas etárias, embora a cárie predomine na maioria. A referida inversão se verifica na faixa etária de 50-60 anos, quando a doença periodontal aparece em maior percentagem, tanto para o sexo masculino como para o feminino. Quando consideramos as exodontias motivadas por outras causas, nossos resultados apontam para um maior número nas faixas etárias de <20 e 20-30 anos com pequenas variações. CAHEN, FRANK, TURLLOT (1985); CHESTNUT, BINNIE, TAYLOR (2000); MCCAUL, JENKINS, KAY (2001), são da mesma opinião, tendo verificado a mesma inversão observada em nosso estudo. CAHEN, FRANK, TURLLOT (1985); ONG, YEO, BHOLE (1996); ANGELILLO, NOBILE, PAVIA (1996); HULL *et al* (1997); TROVIK, KLOCK, HAUGEJORDEN (2000); MCCAUL, JENKINS, KAY (2001), assinalam também que a incidência de exodontias devidas à cárie, diminui com o aumento da idade, acontecendo o inverso em relação às exodontias devidas às doenças periodontais, com algumas variações. Existe divergência entre os autores quanto a faixa etária onde se encontram as maiores percentagens para a cárie e doença periodontal, porém a maioria mostra que na faixa de 40-50 e 50-60 anos, com algumas variações, a doença periodontal é a maior causa de exodontias (CAHEN, FRANK, TURLLOT, 1985; CHESTNUTT, BINNIE, TAYLOR, 2000; MCCAUL, JENKINS, KAY, 2001).

Quanto ao tipo de dente, causas e sexo (tabela 10 e 11, Gráfico 10 e 11), nossos resultados mostram que os dentes posteriores superiores e inferiores (molares e pré-molares) têm uma frequência de exodontias por cárie maior que os anteriores, (caninos e incisivos) tanto para o sexo masculino como para o feminino. O número de exodontias por cárie foi maior no arco superior (53,4%) e menor no inferior (46,6%), considerando as perdas dentárias para ambos os sexos. Para incisivos e caninos a prevalência foi também para o arco superior (27,0%) para ambos os sexos. Isto pode ter acontecido devido a diferente suscetibilidade ao risco das doenças para cada tipo de dente.

As exodontias por doença periodontal acontecem com maior frequência no arco inferior (63,0%) que no superior (36,9%). Nossos resultados assemelham-se aos de CALDAS JR, MARCENES, SHEIHAM (2000) e MCCAUL, JENKINS, KAY (2001), quanto ao maior número de molares e pré-molares extraídos por cárie, mas diferem quanto às doenças periodontais e outras causas, tendo encontrado menor número de exodontias por doença periodontal do que por outras causas. WORTHINGTON, CLARKSON, DAVIES (1999), também acharam maior número de dentes posteriores extraídos por cárie. ANGELILLO, NOBILE, PAVIA (1996), embora considerando o número de dentes para ambos os sexos, em conjunto, obtiveram resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Os dentes incisivos e caninos inferiores e os caninos superiores tendem a serem extraídos mais tardiamente, provavelmente devido a relativa resistência à cárie, mas permanecem suscetíveis à exodontias em decorrência de problemas periodontais.

Considerando a distribuição de exodontias durante os diferentes períodos em que foram realizadas, (1999, 2000 e 2001), tivemos predominância do sexo feminino sobre o masculino em todos os períodos. Em 1999, essa predominância foi de 63.9%; em 2000, de 61.2%, e em 2001, de 62.6%.

As correntes migratórias na região de Santo Amaro devem ter sido responsáveis por isso, além das campanhas preventivas feitas nas escolas que circundam a UNISA. As crianças levam aos pais as informações recebidas nas escolas através das campanhas de prevenção, como a semana POP (Semana Piloto de Odontologia Preventiva). A conscientização da importância da saúde oral sobre o organismo todo vai sendo introduzida devagar, uma vez que a idéia de que o dente é um produto descartável, está arraigada no espírito da população de nível sócio-econômico e

cultural mais baixo (GESSER, PERES, MARCENES, 2001; GIL *et al.*, 1999; ROSA, PERES, 1995).

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nos permitem concluir que:

1. Quanto ao sexo, a maior frequência de exodontias foi para o sexo feminino (59.6%).
 2. Quanto à idade, a maior prevalência foi na faixa etária de 40-50 anos.
 3. A maior frequência de exodontias foi motivada pela cárie dentária (69.5%), seguida da doença periodontal (20.3%) e de outras causas (10.2%).
 4. A maior incidência de exodontias ocorreu nos molares (44.7%), seguida dos pré-molares (26.5%), incisivos (19.2%) e caninos (9.6%).
-

ANEXO

Anexo 1 - Ficha Clínica

DISCIPLINA DE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL
FICHA CLINICA

IDENTIFICAÇÃO:

Início do tratamento:				
Aluno:				
Paciente:		número:		
Endereço:		nº		
Bairro:	CEP:	cidade:	estado:	
Data de nascimento:		sexo:	cor:	
Profissão:		estado civil:		
Nome do Responsável:				

ANAMNESE:

Queixa Principal:				
01- Esta ou esteve em tratamento médico:				
Qual?				
02- Gravidez	Quantos meses:			
03- Está tomando alguma medicação:				
Qual?				
04- Já teve hemorragia:				
05- Já teve contato com grupo de risco HIV:				
Quando?				
06- Já tomou anestesia local:				
Resultado:				
07- Já teve reação a algum medicamento:				
Qual (quais)?				
08- É portador de alguma cardiopatia:				
Qual?				
09- É hipertenso:				
Qual medicação usa?				
10- Já teve desmaios ou convulsões:				
11- Já sofreu alguma intervenção cirúrgica:				
Qual?				
12- Tem dificuldade de cicatrização				
13- Já teve ou tem:				
Hepatite.	Gastrite	Úlcera	Febre Reumática	Diabetes:
14- Observação:				

Data: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comunidade? ou não?

ABREU, M.H.N.G. *et al.* Correlação do componente P do índice CPOD em uma população adulta brasileira. **Rev Odontol Univ São Paulo**, Bauru, v.12, n.4, p. 323-328, out./dez., 1998.

AL SHAMMERY, A. ; EL BACKLY, M. ; GUILLE, E.E. Permanent tooth loss among adult and children in Saudi Arabia. **Community Dental Health**, London, v. 15, n. 4, p. 277- 280, Dec. 1998.

ANDRADE, M.A. ; GUIMARÃES, T. Prevalência da perda de primeiros molares permanentes em crianças (6-12 anos) no município de Maceió - AL. Disponível acesso em < [http:// www.odontologia.com.br](http://www.odontologia.com.br), 2001. Acesso em 10 abr. 2001.

ANGELILLO, I.F. ; NOBILE, C.G.A. ; PAVIA, M. Survey of reasons for extraction of permanent teeth in Italy. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.24, n. 5, p.336-40, Oct. 1996.

ASTROTH, J. *et al.* Dental caries prevalence and treatment need in Chiriqui Province, Panama. **Int Dent J**, Den Haag, v. 48, n.3, p. 203-209, Jun. 1998.

BADAUY, C.M. ; BARBACHAN, J.J.D. Frequência de perdas de primeiros molares permanentes entre jovens da cidade de Porto Alegre. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 43, n. 2, p. 32-34, dez., 2001.

BADER, J.D. ; MARTIN, J.A. ; SHUGARS, D.A. Preliminary estimates of the incidence and consequences of tooth fracture. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v.126, n.12, p. 1650-1654, Dec., 1995.

BAELUM, V. ; FEJERSKOV, O. Tooth loss as related to dental caries and periodontal breakdown in adult Tanzanians. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.14, n.6, p.353-357, Dec.,1986.

BECKER, W. ; BERG, L. ; BECKER, B.E. The long term evaluation of periodontal treatment and maintenance in 95 patients. **Int J Periodontics Restorative Dent**, Chicago, v.4, n. 2, p.54-71, 1984.

BERCY, P. ; BLASE, D. Décisions d' extraction pour raisons paradontales. *Rev Belg Méd Dent*, Bruxelles, v.50, n.2, p. 17-28, 1995.

BRANDT, S ; SAFIRSTEIN, G.R. Different extractions for different malocclusions. *Am J Orthod*, St. Louis, v.68, n.1, p.15-41, July, 1975.

BRADBURY, A.J. A Current view on patterns of extraction therapy in British health service orthodontics. *Br Dent J*, London, v. 159, n. 2, p. 47-50 July, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília/DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: 1ª etapa - cárie dental - projeto. Brasília/DF: 1998. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Canela – RS. Brasília – DF: Projeto Saúde Bucal, 2000. 34p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: estudo piloto em Diadema – SP. Brasília-DF: Projeto Saúde Bucal, 2000. 33p.

CAHEN, P.M. ; FRANK, R.M. ; TURLLOT, J.C. A survey of the reasons for dental extractions in France. *J Dent Res*, Washington, v.64, n.8, p.1087-1093, Aug., 1985.

CALDAS JR, A.F. ; MARCENES, W. ; SHEIHAM, A. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. *Int Dent J*, Den Haag, v.50, p.267-273, 2000.

CAMPOS JUNIOR, A. *et al.* Identificação de grupos de risco à doença periodontal na população de Bauru, São Paulo. **Rev Fac Odontol Bauru**, Bauru, v.2, n.1, jan./mar., 1994.

CARNEIRO, R.M.V. **Saúde bucal em idosos institucionalizados na cidade de São Paulo**: estudo epidemiológico e de autopercepção. São Paulo, 2001, 111p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

CARRANZA, F.A ; NEWMANN, M.G. **Periodontia Clinica**, 8º ed Guanabara - Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 1997.

CERQUEIRA, A. ; OLIVEIRA, A.S. ; PAGNONCELLI, R.M. Múltiplos dentes supranumerários em paciente não sindrômico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. São Paulo, v.56, n.2, mar./abr., 2002.

CHESTNUTT, I.G. ; BINNIE, V.I. ; TAYLOR, M.M. Reason for tooth extraction in Scotland. **J Dent**, Chengtu, v.28, n. 4, p.295-297, May.,2000.

CRESPO, A.A. **Estatística fácil**, São Paulo 1997 15ª edição, Editora Saraiva.

CROSSNER, C.G. ; UNELL, L. A longitudinal study of dental health in a group of Swedish teenagers/young adults from the age of 14 to 25. **Swed Dent J**, Jonkoping, v.20, n.5, p.189-197, 1996.

DINI, E.L ; CASTELLANOS, R.A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. **Rev Bras Odontol**. Rio de Janeiro, v.50, n.2, p.3-8, mar./abr, 1993.

DOTTO, P. P. et al. Prevalência de supranumerários em crianças e adolescentes situados na faixa etária de sete a doze anos . **Rev Odontol ciênc**. Porto Alegre, v. 17, n. 36, abr./jun., 2002.

DOUGHAN, B. ; KASSAK, K. ; BOURGEOIS, D.M. Oral health status and treatment needs of 35-44 year old adults in Lebanon. **Int Dent J**, Den Haag, v.50, n.6, p. 395-399, Dec., 2000.

ECO, H. Como se faz uma tese. São Paulo, 1997, 15ª edição, Editora Perspectiva.

ESTUPIÑAN-DAY, S. Melhorando a saúde bucal na América Latina. **Colgate News**, p.9-11, 1999.

FERREIRA JUNIOR, O. Contribuição social do serviço de urgência odontológica da Faculdade de Odontologia de Bauru. Sua participação no convênio com o Sistema Único de Saúde. Bauru, 1997. 116p. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

FRARE, S. M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 51, n. 6, nov./dez., 1997.

FURE, S. ; ZICKERT, I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60- 70- and 80- year - old Swedish individuals. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.25, n.2, p.137-42, Apr., 1997.

GAMONAL, J.A. ; LOPEZ, N.J. ; ARANDA, W. Periodontal conditions and treatment needs, by CIPTN, in 35-44 and 65-74 year-old population in Santiago, Chile. **Int Dent J**, Den Haag, v. 48, n. 2, p.96-103, Apr., 1998.

GESSER, H.C. ; PERES, M.A. ; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p. 289-93, 2001.

GIL, C. et al. Situação sócio-econômica de pacientes que freqüentam as clínicas da Faculdade de Odontologia da USP: um estudo transversal. **RPG: Rev Pós Grad**, São Paulo, v.6, n.1, p. 74-83, jan./fev./mar., 1999.

GOMES-PINTO, V. Saúde Bucal: odontologia social e preventiva. São Paulo: Santos, 1989, 415p.

GOMES-PINTO, V. Índice de cárie no Brasil e no mundo. **RGO (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v.44, n.1, p. 8-12, jan./fev., 1996.

GUIMARÃES, L. Estudo de dentes supranumerários na região anterior. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 49, n.3, maio/Jun., 1992.

HAAKE, S.K. **Microbiologia Periodontal**, cap. 6, p.87-107 In:

CARRANZA, F.A. ; NEWMANN, M.G. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara-Koogan, 1997.

HOUSSAIS, A. ; CARDIM, I. **Dicionário Webster's inglês-português**. São Paulo, 1996, Ed Atual.

HULL, P.S. et al. The reasons for tooth extraction in adults and their validation. **J Dent**, Chengtu, v.25, n.3-4, p.233-237, May/July, 1997.

LOCKER, D. ; LIDDELL, A. ; BURMAN, D. Dental fear and anxiety in an older adult population. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.19, n.2, p. 120-124, Apr., 1991.

MCCAUL, L.K. ; JENKINS, W.M.M ; KAY, E.J. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow up. **J Dent**, Chengtu, v. 29, n.6, p. 401-407, Aug., 2001.

MENAKER, L. (Ed) **Cáries dentárias: bases biológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1984, 461p.

MENEZES, A.G. ; DUARTE, C.A. ; TODESCAN, J.H. Prevalência de cárie dentária e índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento numa população com faixa etária de 15 a 65 anos, na cidade de Campo Grande – MS, Brasil. **RPG: Rev Pós Grad**, São Paulo, v.8, n.2, p. 149-156, abr./jun., 2001.

MICHEELIS, W. ; BAUCH, J. Oral health of representative samples of Germans examined in 1989 and 1992. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.24, n.1, p. 62-67, Feb., 1996.

MILLER, Y. ; LOCKER, D. Correlates of tooth loss in a Canadian adult population. **J Can Dent Assoc**, Toronto, v.60, n.6, p. 549-555, June/July, 1994.

MIYASAKI, H. et al. Periodontal disease prevalence in different age groups in Japan as assessed according to the CPITN. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 17, n.2, p.71-74, Apr., 1989.

MORITA, M. et al. Reasons for extraction of permanent teeth in Japan. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 22, n.5pt1, p. 303-306, Oct., 1994.

MURRAY, H. ; CLARKE, M. ; LOCKER, D. Reasons for tooth extractions in dental practices in Ontario Canada according to tooth type. **Int Dent J**, Den Haag, v.47, n.1 , p. 3-8, Feb., 1997.

NARVAI, P.C. Está acontecendo um declínio de cárie no Brasil? **J da Aboprev**, Rio de Janeiro, ano VII, mar./abr., 1996.

NARVAI, P.C. ; FRAZÃO, P ; CASTELLANOS, R.A. Declínio na experiência de cárie em dentes permanentes de escolares brasileiros no final do século XX. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v.1, n. 1/2, p. 25-29, 1999.

NARVAI, P.C. ; CASTELLANOS, R.A. ; FRAZÃO, P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, Abr., 2000.

NICHOLLS, C. A 12- year retrospective audit study of tooth loss in a general dental practice. **Br Dent J**, London, v. 189, n.2, p. 98-99, Jul., 2000.

O'CONNOR, B.M.P. Contemporary trends in orthodontic practice: a national survey. **Am J orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, v. 103, n.2, p.163-170, Feb.1993.

ONG, G. ; YEO, J.F. ; BHOLE, S. A survey of reasons for extraction of permanent teeth in Singapore. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 24, n.2, p. 124-127, Apr., 1996.

PEREIRA, A.C. et al. Condições periodontais em idosos usuários do centro de saúde "Geraldo de Paula Sousa", São Paulo, Brasil. **Rev da Fac de Odontol Lins**, Lins, v.9, n.1, p. 20-25, jan./jun, 1996.

PHIPPS, K.R. ; STEVENS, V.J. Relative contribution of caries and periodontal disease in adult tooth loss for an HMO dental population. **J Public Health Dent**, Raleigh, v.55, n.4, p. 250-252, 1995.

PRESSON, S.M. ; NIENDORFF, W.J. ; MARTIN, R.F.; Tooth loss and need for extractions in american indian and alaska native dental patients. **J Public Health Dent**, Raleigh, v.60, (Suppl 1), p. 267-272, 2000.

RODRIGUES, J.S. ; DAMLE, S.G. Prevalence of dental caries and treatment need in 12-15 year old municipal school children of Mumbai. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v.16, n.2, p.31-36, June, 1998.

ROSA, A.G.F. ; CASTELLANOS, R.A. ; GOMES-PINTO, V. Saúde Bucal na terceira idade. **Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v.41, n.2, p.97-102, mar./abr., 1993.

ROSA, A.G.F; PERES, M.A.A. As causas da queda da cárie. **Rev Gaúcha Odontol**, Porto Alegre, v.43, n.31, p.160-166, 1995.

ROSE, J.S. A thousand consecutive treated orthodontic cases – a survey. **Br J Orthod**, Oxford, v.1, n.1, p.45-54, Jan., 1974.

RUSSELL, A.L. Epidemiology of periodontal disease. **Int Dent J**, Den Haag, v.17, n.2, p.282-296, Jun., 1967.

SALIBA, C.A. et al. A utilização de fichas clínicas e sua importância na clínica odontológica. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.51, n. 5, set./out., 1997.

SALIBA, C.A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.53, n.4, jul./ago., 1999.

SILVA, D.D. et al. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v.56, n.3, maio/ jun., 2002.

SIMON, J.F. Retain or extract: the decision process. **Quintessence Int**, Berlin, v. 30, n.12, p. 851-854, Dec., 1999.

TINOCO, E.M.B. et al. Localized juvenile periodontitis and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in a Brazilian population. **Eur J Oral Sci**, Copenhagen, v.105, n.1, p. 9-14, Feb., 1997.

THOMAS, D.W. et al. Trends in the referral and treatment of new patients at a free emergency dental clinic since 1989. **Br Dent J**, London, v. 182, n.1, p. 11-14, Jan., 1997.

TOLEDO, R. et al. Saúde bucal em idosos de Piracicaba. Anais da 16ª Reunião Anual da SBPqO, 1999.

TRAEBERT, J.L. et al. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 283 –288, 2001.

TROVIK, T.A ; .KLOCK, K.S. ; HAUGEJORDEN, O. Trends in reasons for tooth extractions in Norway from 1968 to 1998. **ACTA ODONTOL SCAND**, Oslo, v. 58, n.2, p. 89-96, Apr., 2000.

TUMANG, A.J. et al. Aspectos epidemiológicos de saúde bucal em uma população urbana, nas faixas etárias acima de 15 anos. **Rev Odont Aêno**, São Paulo, v.11, n.22, p.21-31, dez., 1996.

URIBE, C.E. ; MOTZFELD, R.E. Evaluacion clinica-radiografica de caries en estudiantes de odontologia 1993-Proyecto O.I. 91005. **Rev Fac Odontol Univ Chile**, Santiago, v.13, n.2, p. 22-26, jul./dic., 1995.

VASCONCELLOS, M.C.C. et al. Distribuição de cárie na dentição permanente de escolares: experiências por dente. **Rev Odontol Univ São Paulo**, Bauru, v.8, n.2, p.125-130, abr./jun., 1994.

VIEGAS, Y. ; VIEGAS, A.R. Prevalência de cárie dental em Barretos, SP, Brasil, após dezesseis anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Rev Saúde Pública**, Sao Paulo, v.22, n.1, p.25-35, 1988.

ZILLMANN, G. ; VILLALOBOS J. ; PIESCHACON, M.P. Morbilidad bucal en niños de 6 y 12 años de una Escuela Basica Comuna de Recoleta, Region Metropolitana. **Rev Fac Odontol Univ Chile**, Santiago, v.17, n.1, p.15-22, 1999.

WARREN, J.J. et al. Factors related to decisions to extract or retain at risk-teeth. **J Public Health Dent**, Raleigh, v.60, n.1, p.39-42, 2000.

Referências Bibliográficas

WORTHINGTON, H.V. ; CLARKSON, J.E. ; DAVIES, R.M. Extraction of teeth over 5 years in regularly attending adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.27, n. 3, p.187-194, Jun., 1999.

