

Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia, São Paulo

Marília Jesus BATISTA^a, Débora Dias da SILVA^b, Maria da Luz Rosário de SOUSA^c

^aPrograma de Pós-graduação de Odontologia, Área de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-018 Piracicaba - SP, Brasil

^bDepartamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, USP – Universidade de São Paulo, 05508-000 São Paulo - SP, Brasil

^cDepartamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-018 Piracicaba - SP, Brasil

Batista MJ, Silva DD, Sousa MLR. Oral health in a adult population in a municipality of Paulínia, São Paulo. Rev Odontol UNESP. 2010; 39(4): 185-191.

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi verificar a saúde bucal de adultos em relação à cárie dentária e à necessidade de próteses, no município de Paulínia, Estado de São Paulo. **Metodologia:** A metodologia seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal. A amostra foi de 101 adultos (35 a 44 anos) de Paulínia - SP, selecionados mediante sorteio aleatório simples. Além da análise descritiva, foi usado o teste Mann Whitney. **Resultado:** O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) foi 22,3, sendo que o maior percentual correspondeu a dentes restaurados (47,1%), seguido de dentes perdidos (44,8%). A média de dentes presentes foi 21,7; destes, 9,3 estavam hígidos. As mulheres apresentaram mais dentes restaurados (11,6), menos dentes cariados (1,49) e perdidos (9,4) que os homens ($p < 0,05$). Quanto à necessidade de próteses, a maioria dos adultos não necessitava de próteses superiores (53,5%), mas necessitavam de próteses inferiores (71,3%). **Conclusão:** O município de Paulínia, com relação à saúde bucal da população infantil, apresenta padrões de países desenvolvidos e a população adulta apresenta melhores condições bucais que a realidade brasileira. Devido ao percentual elevado de dentes restaurados e perdidos, sugere-se que maior ênfase deva ser dada na promoção de saúde bucal e programas odontológicos especializados para atender a população de adultos.

Palavras-chave: Saúde bucal; adultos; epidemiologia.

Abstract

Objective: The objective of this study was to assess the oral health of adults in relation to dental caries and the need for prostheses in a municipality that has a low prevalence of caries in children (5 to 12 years old). **Methodology:** The criteria followed the recommendations of the World Health Organization for epidemiological surveys. The sample, selected by simple random, was 101 adults (35 to 44 years), in Paulínia - SP. It was used descriptive analysis and Mann Whitney test ($p < 0.05$). **Result:** The mean DMFT was 22.3, the highest percentage corresponded to filled teeth (47.1%), followed by missed teeth (44.8%). The mean number of present teeth was 21.7, among them, 9.3 were sound. Women showed more filled teeth (11.6), fewer decay teeth (1.49) and missed teeth (9.4) than men ($p < 0.05$). As the needs of prostheses, most adults do not require upper prostheses (53.5%), but needed lower prostheses (71.3%). **Conclusion:** Paulínia, regarding of oral health of child population has standards of developed countries and the adults population has better oral conditions that the Brazilian reality. Due to the high missed and restored teeth percentage it is suggest that major emphasis should be given in promoting of oral health and dental specialized programs to serve the adults population.

Keywords: Oral health; adults; epidemiology.

INTRODUÇÃO

A literatura relata um declínio na prevalência da cárie dentária em crianças de vários países; entretanto, com relação aos adultos, a literatura apresenta resultados bastante divergentes^{1,2}. Enquanto alguns trabalhos observam, em vários países industrializados, adultos mantendo sua dentição funcional e significantes reduções nas taxas de edentulismo³⁻⁶, outros apontam para populações adultas e idosas apresentando condições de saúde bucal insatisfatórias, com presença de lesões de cárie não tratadas, perdas de elementos dentários e elevadas taxas de edentulismo⁷⁻⁹.

Paulínia é um município que apresenta uma caracterização socioeconômica e uma estrutura de serviços de saúde diferenciadas da maioria dos municípios brasileiros¹². A cidade está localizada na região de Campinas, Estado de São Paulo, sudeste do Brasil. No censo de 2000, a população era composta por 51.526 habitantes, sendo que a faixa etária de 30-39 anos correspondia a 8.698 habitantes e a faixa de 40 a 49 anos, a 6.656 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹³. No ano de 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado de São Paulo foi de 0,814, considerado o segundo melhor índice entre os Estados. Com relação ao município de Paulínia, esse índice atingiu 0,847, o que demonstra essa diferenciação¹⁴.

Com relação à saúde bucal das crianças residentes em Paulínia, no ano 2000, aos 5 anos, o ceod foi 1,90, com 54,2% sem experiência de cárie; aos 12 anos, o CPOD encontrado foi de 1,0, com 46,4% livres de cárie, o que pode apontar para padrões de saúde bucal compatíveis com países desenvolvidos¹². Nesta ocasião, os adultos apresentaram, em média, 21,3 dentes com experiência de cárie¹².

Enquanto os dados da população infantil são conhecidos e os resultados se apresentam satisfatórios, a condição bucal dos adultos deve ser estudada, pois é uma importante ferramenta no planejamento de ações de saúde voltadas para essa faixa etária. Estudos epidemiológicos em adultos são necessários porque auxiliam na determinação das necessidades dessa população.

Para avaliação das condições de saúde bucal em adultos, é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o estudo do grupo etário de 35-44 anos¹³. A importância dos levantamentos epidemiológicos de adultos reside no fato de que, através dos estudos da experiência de cárie dentária e do nível de severidade do envolvimento periodontal, podem ser avaliados os efeitos gerais dos serviços prestados à população; e, através dos dados do uso e necessidade de prótese, pode-se analisar os resultados da perda dentária¹¹.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo foi verificar a saúde bucal de adultos em relação à experiência de cárie dentária e à necessidade de próteses no município de Paulínia, SP.

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal de prevalência que foi realizado no município de Paulínia, SP, Brasil e fez parte do Levantamento das Condições de Saúde Bucal: Paulínia 2004.

A amostra foi calculada levando-se em consideração as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO¹⁵, 1997). A OMS considera que amostras contendo quarenta indivíduos por faixa etária são suficientes para a obtenção de dados confiáveis. Optou-se por admitir um “erro de desenho” = 2. Assim, a esse número (80), acrescentaram-se mais 32 elementos amostrais, correspondendo a uma perda estimada em 40%; o cálculo final da amostra foi 112, tendo em vista a recomendação de não substituir elementos amostrais não encontrados durante o exame.

Foi realizada a calibração dos examinadores, conforme as recomendações do levantamento SB Brasil 2003¹¹, e a concordância obtida interexaminadores foi de 90%, e, intraexaminador, de 97,5%, para cárie de coroa e raiz, necessidades de tratamento e prótese, estando dentro dos parâmetros aceitáveis estipulados pela OMS^{15,16}.

Os exames foram realizados em 2004, em local com luz natural, preferencialmente bem ventilado e iluminado; examinador e anotador sentados de modo que a cavidade bucal do indivíduo estivesse voltada para a claridade¹⁵. Estes adultos foram selecionados aleatoriamente (por sorteio) em Centros de Saúde do município de Paulínia, SP. Dados sociodemográficos foram obtidos a partir do questionário utilizado no SB Brasil 2003¹¹.

Os índices empregados seguiram os códigos e critérios preconizados pela OMS¹⁵. Foram avaliados, neste estudo, a experiência de cárie e o uso e a necessidade de próteses. Para experiência de cárie, foi utilizado o índice CPOD, que totaliza o número de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados por indivíduo. Com relação à necessidade de próteses, foi feito um registro para maxila e outro para mandíbula.

Os dados foram tabulados no EpiInfo, a análise dos dados foi realizada de forma descritiva, além do uso do teste Mann Whitney ($p < 0,05$), para verificar as diferenças com relação ao CPOD e seus componentes entre homens e mulheres. Optou-se pela utilização de um teste não paramétrico devido à distribuição anormal do CPOD e seus componentes.

Em se tratando de um estudo com seres humanos, o mesmo foi submetido à avaliação e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas (nº. 155/2003). Os indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e os exames foram realizados após autorização do termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADO

A amostra final foi 101 adultos de 35 a 44 anos, apresentando uma perda de 11 elementos amostrais.

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria dos adultos (93,1%) residia na zona urbana, sendo mais da metade (63,4%), leucoderma. A distribuição segundo o gênero foi de 36,6% ($n = 37$) de homens e 63,4% ($n = 64$) de mulheres.

O CPOD variou de 8 a 32, com média de 22,3 ($\pm 6,0$), sendo que a maior média foi de dentes restaurados, seguida de dentes

perdidos, o que correspondeu a 47,1 e 44,8%, respectivamente. A média de dentes presentes foi de 21,7, dentre os quais, 9,3 estavam hígidos (Figura 1).

Segundo a Tabela 1, pode-se verificar as diferenças encontradas entre CPOD e seus componentes, segundo a estratificação da amostra quanto ao gênero, além dos dentes presentes e hígidos.

Quanto às necessidades de próteses, a maioria dos adultos não necessitava de próteses superiores (53,5%), mas necessitava de próteses inferiores (71,3%). A maior necessidade de próteses foi a combinação de próteses fixas e removíveis: 18,8% em relação à arcada superior e 35,6%, à inferior (Figura 2).

Quanto aos dentes presentes, encontrou-se em média 10,33 dentes na arcada inferior e 11,32 na arcada superior; 12,9% dos indivíduos não apresentaram nenhum dente presente na arcada superior e 3%, na inferior. Apenas 3% tinham 16 dentes tanto na arcada superior quanto na inferior, ou seja, dentição completa. A maior parte dos indivíduos apresentou entre 11 e 15 dentes em cada arcada, 60,5% da amostra tem de 11 a 15 dentes na arcada superior e 69,3% dos adultos, na arcada inferior.

DISCUSSÃO

Desde o primeiro levantamento epidemiológico realizado no Brasil, em 1986¹⁰, até o mais recente em 2003¹¹, foram observadas algumas mudanças na condição bucal da população adulta. Em 1986, no Estado de São Paulo, na faixa etária de 35 a 44 anos, o CPOD foi de 22,88 e o componente perdido representou 15,25, totalizando um percentual de 71,43%. O componente obturado

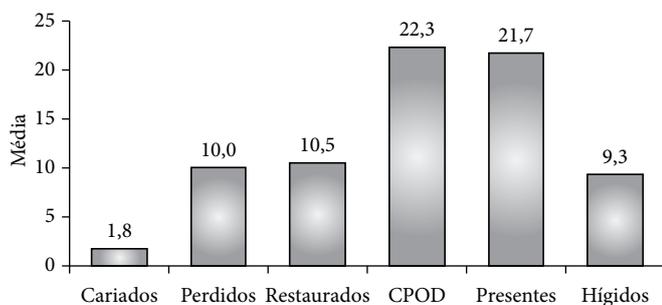


Figura 1. Média do CPOD e dos componentes cariados, perdidos e obturados, e média de dentes presentes e hígidos. Paulínia - SP, 2004.

correspondeu a 19,8% do CPOD e o cariado, a 8,86%. Naquele mesmo ano (1986), 41,6% da população adulta examinada apresentou necessidade ou uso de prótese total, denotando, assim, um quadro de saúde bucal bastante insatisfatório¹⁰.

Anos depois, em 2003, em outro levantamento epidemiológico nacional, o SB Brasil, 2003, o CPOD entre os adultos foi 20,3¹¹. Paulínia, em 2004, obteve CPOD de 22,3, o que poderia levar à errônea conclusão de que a saúde bucal da sua população apresentava piores condições. Entretanto, ao dissociar os componentes do CPOD, observou-se que a média de dentes obturados em Paulínia (10,5) foi numericamente maior quando comparada com a média do Brasil (4,2); além disto, a média de dentes perdidos apresentou-se maior, sendo 10,0 e 13,2, para Paulínia e Brasil, respectivamente.

Esta situação também ocorreu em Rio Claro, município do Estado de São Paulo, onde foram avaliados 101 adultos, com CPOD igual a 22,9⁸. A percentagem do componente obturado (57%) se sobrepôs à do componente perdido (40,54%), apresentando uma diferença entre estes ainda maior que a encontrada em Paulínia, que foi de 47,1 e 44,8%, respectivamente.

Paulínia apresenta dados diferenciados quando se faz um paralelo com a realidade brasileira, pois no Brasil encontrou-se maior prevalência de dentes perdidos na avaliação de experiência de cárie, enquanto observa-se predominância de dentes restaurados no município de Paulínia. Essa diferença pode sugerir uma melhor condição no acesso e/ou na qualidade dos serviços odontológicos prestados a população, o que resulta em menor percentual de perda dentária. Porém, quando se compara a outros países, o município apresenta CPOD maior e alto percentual de dentes perdidos^{3,4}.

Em Hertogenbosch, um município da Holanda, foi realizado um estudo coorte de 1983 a 1995⁴, no qual foram avaliados 2358 indivíduos, no total. Os adultos de 30-34 anos que foram examinados até 1995 apresentaram média CPOD = 14,3, sendo: dentes cariados (C) - 1,3; perdidos (P) - 1,8; restaurados (O) - 11,3; adultos de 40-44 anos, no mesmo estudo, apresentaram CPOD = 17,8, sendo: C = 1,1; P = 5,5; O = 11,2. Esses dados, obtidos em um país desenvolvido, mostram uma condição diferenciada de saúde bucal, apresentando menor CPOD que o presente estudo; entretanto, pode-se observar que, ao comparar estas duas faixas etárias, o componente perdido foi o responsável

Tabela 1. Média e desvio-padrão de dentes cariados, perdidos, restaurados, presentes e número e média de dentes hígidos e índice CPOD, total e segundo o gênero, em adultos. Paulínia - SP, 2004

Condição	Total		Mulheres		Homens	Valor de p
	Média	Desvio- Padrão	Média	Média	Média	
Dentes cariados	1,82	± 2,82	1,49	2,40		< 0,01
Dentes perdidos	9,97	± 7,72	9,45	10,86		< 0,01
Dentes restaurados	10,49	± 6,42	11,66	8,46		< 0,01
Dentes presentes	21,7	-	13,15	10,86		< 0,01
Dentes hígidos	9,3	-	9,05	9,84		0,016
CPOD	22,28	± 5,99	22,59	21,73		0,13

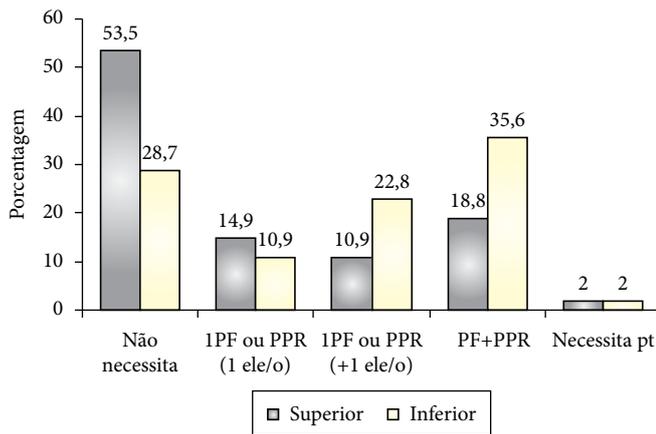


Figura 2. Frequência da necessidade de prótese inferior e superior em adultos. Paulínia - SP, 2004. PF: Prótese Fixa; PPR: Prótese Parcial Removível; PT: Prótese Total; ele/o: elemento.

por elevar o CPOD. Ou seja: enquanto os componentes cariado e restaurado se mantiveram constantes, o perdido quase triplicou.

Um estudo epidemiológico realizado em 1996, no Líbano³, avaliou 401 adultos para conhecer sua saúde bucal e obteve CPOD igual a 16,3, sendo assim representado: perdidos - 39%; obturados - 34%; cariados - 27%. Embora estes resultados mostrem uma média menor com relação ao CPOD, na dissociação dos componentes, observa-se a alta prevalência da doença cárie quando comparados aos dados de Paulínia, em que a percentagem de cariados foi 8,07% (média = 1,8).

Doughan, Kassak³ (2000), neste mesmo estudo no Líbano, observaram que homens e mulheres não apresentaram diferenças quanto ao CPOD; porém, estratificando a amostra por gênero e analisando individualmente os componentes, mulheres obtiveram maior média de componentes obturados, enquanto homens apresentaram maior média de componentes cariados e perdidos. Frazão et al.¹⁷ (2003) observaram, em adultos do Estado de São Paulo, que, entre os homens, a média de dentes cariados foi superior em relação à média apresentada pelas mulheres, contrariamente ao componente restaurados, cujo valor foi maior entre as mulheres. Esses dados confirmam os resultados apresentados no presente estudo.

Namal et al.⁶ (2008) realizaram um estudo em Istambul, em que o CPOD para os adultos foi de 12,62. Após a análise de regressão, concluiu-se que as mulheres apresentaram maior risco em experiência de cárie. Em contrapartida, em Paulínia, as mulheres apresentaram maior número de dentes obturados em relação aos homens, que apresentaram mais dentes perdidos e cariados. O maior risco em experiência de cárie encontrado nas mulheres, no referido estudo, está relacionado com um maior número de dentes restaurados, conforme dados do presente trabalho. Note-se que, segundo estudo de Sales-Peres, Bastos¹⁸ (2002), as mulheres têm maior conscientização quanto ao autocuidado e à maior procura por serviços odontológicos do que a presença da doença cárie em si.

A média de dentes presentes na população de Paulínia foi 21,7, com perda dentária em torno de dez dentes. Barbato et al.¹⁹

(2007), em um estudo realizado com os dados do SB Brasil 2003, observaram que a frequência de distribuição das perdas dentárias é assimétrica. O maior número de participantes tem entre quatro e oito dentes perdidos, representando aproximadamente 24% da amostra, e o menor número entre 16 e 20 dentes perdidos (aproximadamente 10%). A prevalência de edentulismo (perda dos 32 dentes) nesta faixa etária atingiu 9% no Brasil. Comparando os dados do estudo supracitado com os dados de Paulínia – em que 34% da amostra apresentou perdas entre 4 e 8 dentes, e 6% entre 16 a 20 dentes –, confirma-se o que foi relatado por Barbato et al.¹⁹, com exceção da prevalência de edentulismo, que no presente estudo foi de 2%, ou seja, inferior à encontrada no Brasil.

Ainda com relação à média de dentes presentes, verificaram-se 10,33 dentes na arcada superior e 11,32 na inferior. No geral, a dentição completa contempla de 28 a 32 dentes em oclusão; no entanto, para muitos indivíduos esta meta pode não ser necessária, pois aceitáveis condições orais para a função e a estética podem ser alcançadas com pelo menos vinte dentes (dez pares em oclusão), que é o arco dental reduzido^{20,21}.

Susin et al.²² realizaram um estudo sobre perdas dentárias em uma população urbana do Sul do Brasil e puderam averiguar numa população de 30-49 anos que os primeiros molares permanentes foram os dentes perdidos com maior frequência, sendo este percentual de 80% para os inferiores e 46% para os superiores. Os dentes anteriores inferiores, segundo este estudo²², são os últimos dentes a serem perdidos. A distribuição das perdas dentárias por arcada foi uniforme na maxila, tendo maior prevalência dos primeiros molares e pré-molares, em comparação com a mandíbula, cuja perda dentária é concentrada nos primeiros e segundos molares, com poucas perdas dos dentes anteriores. Dessa forma, os dados de Susin et al.²² reforçam os encontrados no presente estudo, em que foram encontradas perdas mais acentuadas na maxila, com média de dentes presentes maior na mandíbula, mesmo que a necessidade de prótese inferior seja bem mais elevada.

Em relação à necessidade de prótese, no SB Brasil 2003¹¹, 64,17% da população não necessitou de prótese superior e 31,7% necessitavam; destes, 14,21% apresentaram necessidade de combinação de próteses (fixas e/ou removíveis). No presente estudo, 53,5% não necessitaram de prótese superior e 46,5% necessitavam, sendo que a necessidade mais prevalente também foi combinação de próteses, porém numa percentagem de 32%, ou seja, uma percentagem maior que nos dados brasileiros.

Quanto à necessidade de prótese inferior, 29,01% não necessitam de prótese inferior no SB Brasil, 2003¹¹, sendo semelhante ao resultado obtido neste estudo (28,7%). Ainda com relação aos resultados de Paulínia, dos que necessitaram prótese inferior (71,30%), a maior necessidade também foi combinação de próteses (50%); no Brasil, este resultado foi inferior (32,47%). A percentagem de não uso de prótese superior é 67%, mostrando-se menor em comparação com o não uso de prótese inferior, que é 91% (dados não apresentados). O não uso da prótese inferior é elevado e justifica a maior necessidade de prótese na arcada inferior em relação à superior. Porém, deve ser investigada a real

necessidade de prótese, pois estudos descrevem que o arco dental reduzido parece ser satisfatório quando contempla aceitáveis condições funcionais e fica preservada a parte estética^{23,24}.

Foram examinados adultos em Araçatuba²³ e 63,07% da população estudada não necessitava de prótese, enquanto 36,93% requeriam serviços protéticos; destes, 39,18% relativos a próteses de mais de um elemento e 34,85% a próteses totais. Houve maior necessidade de prótese no arco inferior (62,68%), o que também foi encontrado em Paulínia (71,30%). Já com relação aos 34,85% que necessitam de prótese total em Araçatuba, os dados do presente estudo são melhores, pois apenas 2% dos adultos de Paulínia necessitavam de próteses totais, tanto superior quanto inferior.

Em Itatiba-SP, foi realizado um levantamento epidemiológico em adultos, apresentando CPOD na população adulta de 21,01, com alto percentual de perda dentária e necessidade de prótese. Os autores concluíram que é necessário facilitar o acesso ao serviço de saúde bucal para adultos jovens, a fim de evitar a perda dentária e avaliar a possibilidade de um serviço de referência para reabilitação protética²⁴. Ressalta-se que a necessidade de prótese relacionada ao tipo de prótese na população adulta é medida para verificar os danos causados pela perda dentária e sua averiguação é necessária para o planejamento dos serviços de saúde bucal voltado à reabilitação desses pacientes²¹⁻²³.

Foi realizado um estudo numa unidade de saúde do Centro de Saúde de Boa Vista, em Belo Horizonte - MG, constatando que os adultos têm acesso limitado aos serviços de saúde, com a oferta da atenção básica; desta forma, muitas vezes, ocorre a perda dentária em dentes com possibilidade de recuperação²⁵. Essa faixa etária é caracterizada por elevado número de dentes perdidos e necessidade de reabilitação protética, como visto neste estudo bem como em outros relatos^{12,24,25}. Dessa forma, torna-se necessário o investimento de políticas públicas no planejamento de serviço reabilitador voltado para adultos para melhoria em sua qualidade de vida, o que tem sido proposto como uma das diretrizes da atual política nacional de saúde bucal - Brasil Sorridente²⁶.

A cárie e a doença periodontal constituem os principais motivos de perda dentária e este fato ocorre devido ao tratamento dessas doenças ser realizado tardiamente, em estágios avançados. Este quadro é observado em países onde a população tem acesso restrito a ações de promoção de saúde e a serviços odontológicos²⁷. O acesso aos serviços odontológicos para a população adulta brasileira sempre teve foco no tratamento da urgência odontológica. A dor é, na maioria das vezes, o motivo que leva o adulto a procurar o dentista e o desfecho acaba sendo a perda dentária. Assim, a exclusão sistemática dos serviços especializados e a restrita oferta da atenção básica (acesso ao serviço odontológico) têm, como consequente resolução, a extração dentária²⁷.

No Brasil, a atenção e a assistência odontológica prestadas pelo setor público priorizaram durante muito tempo quase que exclusivamente escolares de 6 a 12 anos, salvo algumas experiências municipais que proporcionaram atenção a outras faixas etárias²⁷. A saúde bucal entre os escolares de Paulínia alcançou resultados

compatíveis com países desenvolvidos e atingiu as metas da OMS para 2010. Porém, caberiam mais estudos para monitorar a saúde bucal dos adultos neste município, pois correspondem a 30% da população, sendo esta uma parcela significativa.

O tradicional tratamento restaurador tem forte influência na educação e na prática odontológica em muitas partes do mundo; assim; as técnicas invasivas se sobrepõem a medidas preventivas não invasivas²⁸. Considerando-se as múltiplas deficiências da odontologia restauradora curativa, segundo Elderton²⁹, sem levar em consideração os fatores de risco e métodos de diagnóstico, um procedimento restaurador precoce isolado de implementações preventivas pode levar inadvertidamente o paciente a uma interminável espiral de tentativas posteriores para “consertar as coisas”, o chamado ciclo restaurador repetitivo. Uma pequena restauração vai sendo trocada inadvertidamente, afetando cada vez mais estrutura do dente, podendo gerar comprometimento endodôntico que, devido à alta complexidade do tratamento, comumente finaliza o ciclo na exodontia, resultando na perda dentária^{28,29}.

Apesar de o tamanho amostral ter sido calculado conforme as recomendações da OMS, gerando uma amostra total de 112 indivíduos, selecionados aleatoriamente, deve-se atentar para aos resultados da presente pesquisa. Os dados foram obtidos a partir de adultos usuários de Centro de Saúde, podendo apresentar características diferentes dos adultos de Paulínia. Ou seja: na medida em que não é uma amostra representativa da população adulta como um todo, este estudo apresenta limitação quanto à validade externa.

Em relação à saúde bucal de adultos, quanto à experiência de cárie e ao uso e à necessidade de prótese no município de Paulínia, foram observadas melhores condições bucais que aquelas da realidade brasileira; porém, ainda se possui marcante experiência de cárie. O edentulismo foi baixo e a maior percentagem de perdas estão concentradas entre quatro e oito dentes por indivíduo, sendo indicativos de que se o tratamento for realizado com medidas preventivas e monitoramento da saúde bucal destes adultos, o resultado esperado é o controle e, conseqüentemente, a diminuição das perdas dentárias.

Programas de saúde que visem à atenção ao adulto devem ser implementados, respeitando a universalidade e a equidade, que são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade deve ser considerada no planejamento de políticas públicas destinadas a esta população, enfatizando a promoção de saúde bucal de forma integral, desde a implementação de medidas educativas e preventivas voltadas para o controle das desordens bucais, que interferem na saúde como um todo, até a reabilitação dos possíveis danos causados por estas doenças.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais da Prefeitura Municipal de Paulínia, que participaram ativamente na organização local e auxiliaram na coleta dos dados. Aos idealizadores deste projeto em si, vinculados às Secretarias de Saúde e Prefeituras da Região de Campinas, que contribuíram na calibração da equipe de examinadores, na organização e na execução deste levantamento.

REFERÊNCIAS

1. Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares em Piracicaba, Brasil, 1999. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37: 247-53.
2. Marthaler TM. Changes in dental caries 1953-2003. *Caries Res*. 2004; 38: 173-81.
3. Doughan B, Kassak K. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old adults in Lebanon. *Int Dent J*. 2000; 50: 395-9.
4. Kalsbeek H, Truin GJ, Van Rossum GM, Van Rijkom HM, Poorterman JH, Verrips GH. Trends in caries prevalence in Dutch adults between 1983 and 1995. *Caries Res*. 1998; 32: 160-5.
5. Suominen-Taipale AL, Alanen P, Helenius H, Nordblad A, Uutela A. Edentulism among Finnish adults of working age, 1978-1997. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999; 27: 353-65.
6. Namal N, Can G, Vehid S, Koksal S, Kaypmaz A. Dental health status and risk factors for dental caries in adults in Istanbul, Turkey. *East Mediterr Health J*. 2008; 14: 110-8.
7. Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP. *Pesqui Odontol Bras*. 2002; 16: 50-6.
8. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Oral health in adults and the elderly in Rio Claro, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 626-31.
9. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J*. 2004; 54: 83-9.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, Zona Urbana, 1986/ Ministério da Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988 (Série C. Estudos e Projetos, 4).
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
12. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Dental caries in Paulínia, São Paulo State, Brazil, and WHO goals for 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 866-70.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, Região Sudeste, SP, Paulínia, população e domicílios, censo 2000 divisão territorial 2001 [citado em 2009 Jan 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
14. Prefeitura Municipal de Paulínia. Mercado de trabalho em Paulínia [citado em 2009 Jan 6]. Disponível em: http://www.paulinia.sp.gov.br/mercado_trabalho.php?index=info0203
15. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
16. Frias AC, Antunes JLF, Narvai PC. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária cidade de São Paulo, 2002. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7: 144-54.
17. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Early tooth loss in adults aged 35-44. State of São Paulo, Brazil, 1998. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6: 49-57.
18. Sales-Peres SHC, Bastos JRM. Perfil epidemiológico de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes em cidades fluoretadas e não fluoretadas, na região centro-oeste do estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18: 1281-8.
19. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23: 1803-14.
20. Armellini D, von Fraunhofer, JA. The shortened dental arch: a review of the literature. *J Prosthet Dent*. 2002; 92: 531-5.
21. Kayser AF. How much reduction of dental arch is functionally acceptable for the ageing patient? *Int Dent J*. 1990; 40: 183-8.
22. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Tooth Loss and associated risk in an adult urban population from Brazil. *Acta Odontol Scand*. 2005; 63: 85-93.
23. Moimaz SAS, Tanaka H, Garbin CAS, Saliba TA. Dental prosthesis: evaluation of the use and need in adult population. *Rev Paul Odontol*. 2002; 24: 31-4.
24. Cangussu MCT, Coelho EO, Castellanos Fernandez RA. Oral health conditions in adults and elderly in Itatiba/SP, Brazil - 2000. *Rev Odontol UNESP*. 2001; 30: 245-56.
25. Vargas AMD, Paixão HH. The loss of teeth and its meaning in the quality of life of adults who use the municipal oral health services of Boa Vista Health Center, in Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10: 1015-24.
26. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 11).
27. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38: 453-8.
28. Elderton, RJ. Treating restorative dentistry to health. *Br Dent J*. 1996; 181: 220-5.
29. Elderton, RJ. Preventive (evidence-based) approach to quality general dental care. *Med Princ Pract*. 2003; 12(Suppl 1): 12-21.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Profa. Dra. Maria da Luz Rosário de Sousa

Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas,

13414-018 Piracicaba - SP, Brasil

e-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

Recebido 21/05/2010

Aceito: 11/08/2010