

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**PREVALÊNCIA DE DOR DE ORIGEM BUCAL EM IDOSOS
NO BRASIL, 2003**

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

PORTO ALEGRE, 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

PREVALÊNCIA DE DOR DE ORIGEM BUCAL EM IDOSOS NO BRASIL, 2003

ANDRESSA DA SILVEIRA BEZ

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialização
em Saúde Pública

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo

PORTO ALEGRE, 2009.

RESUMO

A utilização da epidemiologia em saúde bucal no Brasil tem tido uma atuação pouco expressiva. Entretanto, percebe-se que a dor de origem bucal corresponde ao sintoma mais freqüente dos aspectos orofaciais. Este trabalho, então, tem por objetivo, descrever a prevalência de dor de origem bucal em uma amostra representativa de idosos brasileiros com idades entre 65 e 74 anos. Os dados empregados neste estudo são oriundos do levantamento epidemiológico sobre saúde bucal, realizado entre 2002 e 2003, o SB Brasil. O n amostral da população de idosos estudada é de 5.349 e as variáveis analisadas foram divididas em dois formulários: fichas de exame e formulário de avaliação socioeconômica, acesso e autopercepção de saúde bucal. Da ficha de exame, foram empregadas, entre outras, as variáveis idade, grupo étnico, uso/necessidade de prótese, oclusão, cárie dentária/necessidade de tratamento, fluorose dentária, perda de inserção periodontal; do formulário de avaliação socioeconômica foram: moradia, renda familiar/pessoal, posse de automóvel, se já foi ao dentista, há quanto tempo, classificação da saúde bucal e da mastigação, etc. A análise foi realizada através dos testes t de Student para variáveis contínuas e Qui-quadrado para variáveis categóricas. Os resultados mostram que quanto menor a renda, maior a prevalência de dor de origem bucal; nos entrevistados edentados não há diferença estatística quanto aos dados sócio-demográficos e a presença de dor bucal; e os indivíduos desdentados estão mais satisfeitos com sua condição bucal em relação aos dentados. Conclui-se que a caracterização socioeconômica influencia diretamente na condição bucal da população idosa, a autopercepção da saúde bucal é inversamente proporcional ao número de dentes e o acesso a serviços odontológicos pelos idosos ainda é restrito. Deve-se, então, a partir do perfil apresentado, modificar a política pública de assistência odontológica ao idoso, a fim de possibilitar uma melhor qualidade de vida a esse grupo etário que é tão representativo no nosso país.

UNITERMOS: Administração e planejamento em saúde; epidemiologia; gestão em saúde; Odontologia; Saúde Coletiva.

LISTAS

1.Tabelas

1.1 Tabela1.....	13
1.2 Tabela 2.....	14
1.3 Tabela 3.....	15
1.4 Tabela 4.....	16
1.5 Tabela 5.....	17
1.6 Tabela 6.....	18

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Definição do problema.....	6
1.2 Justificativa.....	7
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo geral.....	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
2.PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	12
2.1 Processamento e análise dos dados.....	12
2.2 Aspectos éticos.....	12
3.RESULTADOS.....	13
4.DISSCUSSÃO.....	19
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	32

1. INTRODUÇÃO

1.1 Definição do problema

Os indicadores de saúde bucal para a população idosa brasileira são críticos (apud Martins et al., 2008). Visto que os danos causados pelas doenças bucais aumentam com a idade e que, em 2003, apenas 10% dos idosos apresentaram mais de vinte dentes na boca (Ministério da Saúde, 2004), percebem-se as condições deficitárias do serviço odontológico no setor público e a necessidade de estudos que avaliem as necessidades desse grupo etário a fim de desenvolver políticas públicas apropriadas à demanda da população idosa. No Brasil, o acesso a serviços odontológicos, a caracterização socioeconômica e a autopercepção em saúde bucal dos idosos foram investigados em 2002/2003 pelo Ministério da Saúde.

Diante do aumento demográfico dessa faixa etária, indaga-se o motivo da escassez de evidências sobre um sintoma recorrente em todas as faixas etárias e que não é referenciado nos idosos: a dor de origem bucal. Esse trabalho, portanto, visa descrever a prevalência de dor de origem bucal em uma amostra representativa de idosos brasileiros com idades entre 65 e 74 anos.

1.2 JUSTIFICATIVA

O conceito atual de dor, estabelecido pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), define-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desse dano (Góes et al., 2006). Na Odontologia, portanto, é relevante identificar os diferentes tipos de dor, dentre elas, dor bucal e dor dental.

A dor bucal abrange os maxilares, boca, gengiva, glândulas salivares, dentes, enfim, todas as estruturas orais. Pode ter como causas a cárie, ulcerações, doença periodontal e das glândulas salivares, câncer bucal, etc. (Siqueira & Teixeira, 2001).

A dor de origem dental refere-se a um órgão único, o dente, havendo duas estruturas responsáveis por essa dor: a polpa dentária e o periodonto, sendo, na maioria das vezes, de origem inflamatória. (Siqueira, 2001). Geralmente, a prevalência da dor de dente é descrita juntamente com a prevalência da dor orofacial, o que torna difícil a obtenção da prevalência específica da dor de origem dental (Alexandre et al., 2006).

Bastos et al. (2007) relataram uma menor prevalência de odontalgia em indivíduos de 60 anos ou mais, em uma amostra que incluía diferentes grupos etários. Locker e Grushka (1987) atribuem essa diferença a expectativas menores dos indivíduos mais velhos em relação à saúde bucal, como se a dor fizesse parte do processo de envelhecimento. Um menor número de dentes em risco de apresentar dor também influencia a prevalência do fenômeno nos grupos mais idosos (Locker & Grushka, 1987).

A maioria dos estudos realizados no Brasil sobre dor de origem dental tem em sua amostra a população adulta (Lacerda, 2004; Alexandre et al., 2006; Bastos et al., 2008; Bastos et al., 2005), crianças e /ou adolescentes (Nomura et al., 2004; Comunello et al., 2008). No entanto, não há estudos com populações idosas na literatura brasileira.

Frente a esse quadro, onde temos um aumento demográfico deste segmento populacional e um relativo vazio de pesquisas e estudos específicos, há que se

definir prioridades que orientem uma reestruturação do sistema e uma mudança de atitude frente aos problemas de saúde bucal que, em última instância, resultam em precárias condições de saúde bucal entre os idosos (Pucca Jr., 2000, Rosa et al., 1992).

Percebe-se, então, a importância de levantamentos epidemiológicos na Odontologia, pois permitem o conhecimento da magnitude dos problemas odontológicos e monitoramento das mudanças nos níveis e nos padrões das doenças ao longo do tempo (WHO, 1997).

Na área de saúde bucal, a epidemiologia tem se aplicado ao diagnóstico coletivo das doenças bucais mais prevalentes desde o final da década de 1930, com o advento do Índice CPO (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), proposto no clássico estudo de Klein & Palmer (1938) (Apud Oliveira, 2006). Há outros exemplos da contribuição da epidemiologia para o campo da saúde bucal, como aqueles que firmaram o reconhecimento da efetividade da fluoretação das águas para a prevenção da cárie dentária (considerada umas das dez maiores conquistas da saúde pública no século passado, segundo o Centro de Prevenção e Controle de Doenças, Atlanta, Estados Unidos) e o estudo de Vipeholm, realizado por Gustafsson em 1954, que elucidou a relação açúcar-cárie (Apud Antunes & Peres, 2006).

No Brasil, entretanto, a utilização da epidemiologia em saúde bucal tem tido, historicamente, uma atuação pouco expressiva, sendo o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional realizado somente em 1986, pelo Ministério da Saúde, enquanto que na Inglaterra e países nórdicos há dados de prevalência de cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX. Posteriormente, ocorreram mais três experiências em nível nacional: o levantamento realizado pelo SESI em 1993, outro conduzido pelo Ministério da Saúde em associação com entidades da categoria odontológica, envolvendo capitais de estados brasileiros em 1996, e o Projeto SBBrasil 2003, iniciado em 2000 e concluído em 2003 (Oliveira, 2006).

Nesse último levantamento epidemiológico, os exames domiciliares foram feitos nas populações infantil, adolescente, adulta e idosa, permitindo um melhor conhecimento sobre diversos aspectos da saúde bucal. Um aspecto importante, então, a ser contemplado, seria a dor de origem dental.

As odontalgias compõem o elenco das dores mais comuns que afetam a humanidade (Sessle, 1997) e correspondem às queixas habituais das dores

odontológicas, sendo o sintoma mais frequente dentre os aspectos orofaciais estudados (Lipton et al., 1993). Segundo Lacerda et al. (2004), 18,7% dos trabalhadores relataram que dor de origem dental foi o motivo da última consulta odontológica, sendo que o número de dentes perdidos por cárie permaneceu associado à odontalgia como motivo da última consulta. Esses dados corroboram com o estudo de Kamei et al. (2000), onde a indicação de dor – de dente e periodonto - foi o fato mais frequente que levou os indivíduos a procurarem atendimento odontológico, correspondendo a 22,9% da amostra.

Conforme Comunello et al. (2008), 72% dos escolares relataram ter tido dor de dente pelo menos uma vez na vida, sendo que 36,6% e 22,9% relataram o sintoma nos últimos 8 e 2 meses, respectivamente, valores parecidos ao estudo realizado por Nomura et al. (2004), cuja prevalência de dor dental foi de 33,7% no ano prévio ao estudo. Conclui-se, então, que a dor de origem dental é bastante prevalente em diferentes grupos etários, se mostrando um grande problema de saúde pública. A odontalgia é, portanto, um significativo preditor de utilização de serviços de saúde (Ekanayake & Mendis, 2002).

Vê-se, então, a necessidade desse tipo de estudo em todas as faixas etárias, sobretudo a população idosa, que tem, no caso brasileiro, suas condições de saúde bucal relegadas ao esquecimento (Pucca Jr., 2000). De 1986 até agora, o crescimento do número de idosos não foi acompanhado pelo aumento da quantidade de pesquisas que forneçam um diagnóstico preciso das condições de saúde bucal dos mesmos (Colussi & Freitas, 2002). É necessário conhecer o estado de saúde desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados a essa população, que ainda são praticamente inexistentes no Brasil (Dini & Castellanos, 1993; Pucca Jr., 2000; Saliba et al., 1999).

Nota-se, então, que há uma escassez de formulações teóricas que reflitam a complexidade dos processos sociais e das causas entre aspectos da estrutura social e a relação saúde/doença, incluindo aí a dor de origem bucal (Bastos et al., 2007).

A dor de origem bucal é condição de elevada prevalência e tem impacto significativo no indivíduo e na sociedade, constituindo importante problema de saúde pública (Góes et al., 2006). A falta de um diagnóstico correto implica em complicações para os usuários e elevados custos para o sistema de saúde.

Segundo Von Korff et al. (1988), a dor bucal é menos prevalente em pessoas idosas (1,3%), em detrimento do grupo etário de 25 a 44 anos (15%), e mais prevalente no sexo feminino.

Lacerda et al. (2004) descrevem uma prevalência de dor de origem dental de 18,7% em população adulta, sendo que o nível de escolaridade e número de dentes perdidos manteve-se associados à queixa de dor de origem dental.

Locker & Grushka (1987) relataram uma prevalência para odontalgia de 14,1%, enquanto que a dor de origem bucal mostrou uma prevalência inferior a 10%, sendo que a população jovem descreveu maiores episódios de dor do que a população adulta.

O estudo de Jaffar et al. (1989) mostra que 50% da sua amostra relatou algum tipo de dor, seja dental ou bucal, no mês anterior ao estudo, sendo que apenas 25% das que relataram dor procuraram assistência odontológica.

Luo et al. (2007) descreveram, em uma população idosa, que a dor de origem dental é o sintoma mais frequente (58,9% dos casos) e que a dor orofacial é a menos comum (6,3% dos entrevistados), sendo que mais da metade dos participantes descreveu dor moderada a severa para dor bucal.

No estudo de Riley et al. (1998), realizado na Flórida, em uma população de 65 e mais anos, percebeu-se uma prevalência de 6,4% e 12% para dor de origem bucal e dor dental, respectivamente. Na literatura, essa é a primeira evidência de dor orofacial que contempla especificamente dor bucal em idosos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Descrever a prevalência de dor de origem bucal em uma amostra representativa de idosos brasileiros com idades entre 65 e 74 anos.

1.3.2 Objetivos específicos

Avaliar se existe associação entre dor de origem bucal e :

1. variáveis sociodemográficas;
2. acesso a serviços de saúde; e,
3. percepção de saúde bucal na amostra estudada.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os dados empregados neste estudo são oriundos do levantamento epidemiológico sobre saúde bucal (o SB Brasil), realizado entre 2002 e 2003, cuja metodologia se encontra em anexo. Foi aplicada uma técnica de amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, que permitiu a produção de inferências para cada uma das macrorregiões brasileiras, por porte do município e para cada idade ou grupo etário, com um n amostral total de 108.921 pessoas examinadas.

Os arquivos do banco de dados do SB Brasil 2003 são de domínio público.

2.1 Processamento e análise dos dados

Os dados foram analisados com o software SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, EUA). Foram realizados testes t de Student, no caso de variáveis contínuas, e Qui-quadrado, no caso de variáveis categóricas, para avaliar a existência de diferenças significativas entre aqueles que relataram e os que não relataram dor de origem bucal em relação às variáveis sócio-demográficas avaliadas.

2.2 Aspectos éticos

O levantamento epidemiológico SB Brasil foi realizado após a aprovação do Comitê Nacional de Ética e todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Neste estudo, se empregou o banco de dados de livre acesso, sem necessidade de reencaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa. Mesmo assim, este projeto foi encaminhado para registro junto à Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (protocolo nº14736).

3. RESULTADOS

As características sociodemográficas coletadas no levantamento epidemiológico SB Brasil, e sua relação com a referência ou não à presença de dor de origem bucal, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Características Sociodemográficas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes desdentados (n=2931).

		Nenhuma dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Sexo	Masculino	728 (84,5%)	79 (9,2%)	32 (3,7%)	23 (2,7%)	0,700
	Feminino	1750 (85,0%)	196 (9,5%)	60 (2,9%)	53 (2,6%)	
Raça	Branco	1213 (84,2%)	143 (9,9%)	49 (3,4%)	36 (2,5%)	0,700
	Não-branco	1255 (85,4%)	132 (9,0%)	43 (2,9%)	40 (2,7%)	
Renda Familiar	Entre R\$0 e R\$240	868 (84,7%)	99 (9,7%)	34 (3,3%)	24 (2,3%)	0,700
	Entre R\$241 e R\$400	447 (82,9%)	52 (9,6%)	22 (4,1%)	18 (3,3%)	
	Entre R\$401 e R\$600	634 (85,0%)	68 (9,1%)	24 (3,2%)	20 (2,7%)	
	> R\$600	527 (86,5%)	56 (9,2%)	12 (2,0%)	14 (2,3%)	
Número de cômodos na casa	=> 6	1316 (84,4%)	155 (9,9%)	45 (2,9%)	43 (2,8%)	0,500
	<6	1151 (85,3%)	119 (8,8%)	47 (3,5%)	33 (2,4%)	
Tipo de moradia	Própria	2155 (85,3%)	233 (9,2%)	75 (3,0%)	64 (2,5%)	0,300
	Alugada ou cedida	323 (82,0%)	42 (10,7%)	17 (4,3%)	12 (3,0%)	
Possui automóvel	Sim	350 (83,1%)	50 (11,9%)	12 (2,9%)	9 (2,1%)	0,300
	Não	2123 (85,1%)	225 (9,0%)	80 (3,2%)	67 (2,7%)	

A autopercepção dos idosos em relação à sua saúde bucal, e a relação desta com referência de presença de dor de origem bucal, em idosos desdentados, estão na Tabela 2.

Tabela 2. Características Odontológicas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes desdentados (n=2931).

		Nenhum a dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Como classifica sua fala?	Boa	1420 (87,5%)	136 (8,4%)	40 (2,5%)	27 (1,7%)	0,000
	Ruim	699 (77,2%)	118 (13,0%)	47 (5,2%)	41 (4,5%)	
Como classifica a aparência de seus dentes/gengiva?	Boa	1378 (88,8%)	122 (7,9%)	31 (2,0%)	20 (1,3%)	0,000
	Ruim	781 (76,3%)	138 (13,5%)	56 (5,5%)	48 (4,7%)	
Como classifica a saúde da sua boca?	Boa	1555 (89,9%)	117 (6,8%)	33 (1,9%)	24 (1,4%)	0,000
	Ruim	743 (74,6%)	149 (15,0%)	58 (5,8%)	46 (4,6%)	
Há quanto tempo você foi ao dentista?	Entre 0 e 2 anos	386 (72,3%)	93 (17,4%)	37 (6,9%)	18 (3,4%)	0,000
	=>3 anos	1980 (87,6%)	174 (7,7%)	52 (2,3%)	54 (2,4%)	
Recebeu informações sobre como evitar doenças bucais	Sim	901 (84,2%)	101 (9,4%)	40 (3,7%)	28 (2,6%)	0,600
	Não	1575 (85,2%)	174 (9,4%)	52 (2,8%)	48 (2,6%)	
Fluoretação da água	Sim	1246 (84,7%)	148 (10,1%)	40 (2,7%)	37 (2,5%)	0,400
	Não	1232 (85,0%)	127 (8,8%)	52 (3,6%)	39 (2,7%)	

A avaliação socioeconômica da população idosa e sua relação com o episódio ou não de dor de origem bucal, encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Características Sociodemográficas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes com entre 1 e 19 dentes naturais (n=1902)

		Nenhum a dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Sexo	Masculino	641 (71,4%)	147 (16,4%)	52 (5,8%)	58 (6,5%)	0,500
	Feminino	681 (68,2%)	178 (17,8%)	66 (6,6%)	74 (7,4%)	
Raça	Branco	622 (70,2%)	167 (18,8%)	48 (5,4%)	49 (5,5%)	0,020
	Não-branco	698 (69,3%)	156 (15,5%)	70 (7,0%)	83 (8,2%)	
Renda Familiar	Entre R\$0 e R\$240	449 (67,1%)	113 (16,9%)	50 (7,5%)	57 (8,5%)	0,100
	Entre R\$241 e R\$400	230 (67,3%)	66 (19,3%)	20 (5,8%)	26 (7,6%)	
	Entre R\$401 e R\$600	297 (73,0%)	60 (14,7%)	25 (6,1%)	25 (6,1%)	
	> R\$600	344 (72,6%)	84 (17,7%)	23 (4,9%)	23 (4,9%)	
Número de cômodos na casa	=> 6	729 (71,2%)	173 (16,9%)	61 (6,0%)	61 (6,0%)	0,200
	<6	590 (67,9%)	151 (17,4%)	57 (6,6%)	71 (8,2%)	
Tipo de moradia	Própria	1180 (70,0%)	292 (17,3%)	102 (6,0%)	112 (6,6%)	0,300
	Alugada ou cedida	142 (67,3%)	33 (15,6%)	16 (7,6%)	20 (9,5%)	
Possui automóvel	Sim	243 (72,1%)	62 (18,4%)	19 (5,6%)	13 (3,9%)	0,090
	Não	1077 (69,1%)	263 (16,9%)	99 (6,4%)	119 (7,6%)	

O acesso ao serviço odontológico pela população idosa e a relação deste com relato de dor de origem bucal, em idosos com até 20 dentes, estão na Tabela 4.

Tabela 4. Características Odontológicas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes com entre 1 e 19 dentes naturais (n=1902)

		Nenhum a dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Como classifica sua fala?	Boa	773 (76,1%)	160 (15,7%)	48 (4,7%)	35 (3,4%)	0,000
	Ruim	425 (58,9%)	146 (20,2%)	65 (9,0%)	85 (11,8%)	
Como classifica a aparência de seus dentes/gengiva?	Boa	518 (78,7%)	91 (13,8%)	24 (3,6%)	25 (3,8%)	0,000
	Ruim	707 (63,4%)	222 (19,9%)	89 (8,0%)	97 (8,7%)	
Como classifica a saúde da sua boca?	Boa	591 (80,6%)	98 (13,4%)	22 (3,0%)	22 (3,0%)	0,000
	Ruim	652 (61,5%)	217 (20,5%)	91 (8,6%)	101 (9,5%)	
Há quanto tempo você foi ao dentista?	Entre 0 e 2 anos	474 (64,8%)	162 (22,1%)	48 (6,6%)	48 (6,6%)	0,001
	=>3 anos	732 (72,0%)	148 (14,6%)	63 (6,2%)	73 (7,2%)	
Recebeu informações sobre como evitar doenças bucais	Sim	541 (69,4%)	144 (18,5%)	51 (6,5%)	44 (5,6%)	0,200
	Não	780 (69,9%)	181 (16,2%)	67 (6,0%)	88 (7,9%)	
Fluoretação da água	Sim	638 (71,0%)	150 (16,7%)	53 (5,9%)	58 (6,5%)	0,700
	Não	684 (68,5%)	175 (17,5%)	65 (6,5%)	74 (7,4%)	

Os dados sociodemográficos que relatam as condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000, e a referência de dor de origem bucal estão na Tabela 5.

Tabela 5. Características Sociodemográficas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes com 20 ou mais dentes naturais (n=516)

		Nenhum a dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Sexo	Masculino	194 (63,4%)	69 (22,5%)	25 (8,2%)	18 (5,9%)	0,300
	Feminino	140 (68,0%)	35 (17,0%)	14 (6,8%)	17 (8,3%)	
Raça	Branco	162 (66,7%)	50 (20,6%)	17 (7,0%)	14 (5,8%)	0,700
	Não-branco	170 (63,7%)	54 (20,2%)	22 (8,2%)	21 (7,9)	
Renda Familiar	Entre R\$0 e R\$240	94 (63,1%)	32 (21,5%)	10 (6,7%)	13 (8,7%)	0,090
	Entre R\$241 e R\$400	54 (64,3%)	16 (19,0%)	6 (7,1%)	8 (9,5%)	
	Entre R\$401 e R\$600	66 (62,3%)	18 (17,0%)	10 (9,4%)	12 (11,3%)	
	> R\$600	117 (68,8%)	38 (22,4%)	13 (7,6%)	2 (1,2%)	
Número de cômodos na casa	=> 6	194 (66,4%)	58 (19,9%)	25 (8,6%)	15 (5,1%)	0,300
	<6	139 (63,5%)	46 (21,0%)	14 (6,4%)	20 (9,1%)	
Tipo de moradia	Própria	291 (64,4%)	92 (20,4%)	38 (8,4%)	31 (6,9%)	0,300
	Alugada ou cedida	43 (71,7%)	12 (20,0%)	1 (1,7%)	4 (6,7%)	
Possui automóvel	Sim	90 (67,7%)	32 (24,1%)	7 (5,3%)	4 (3,0%)	0,090
	Não	242 (64,2%)	72 (19,1%)	32 (8,5%)	31 (8,2%)	

O conhecimento sobre saúde bucal, e a relação deste com referência de presença de dor de origem bucal, em idosos com 20 ou mais dentes naturais, estão na Tabela 6.

Tabela 6. Características Odontológicas da amostra estudada em relação ao relato de dor de origem bucal – participantes com 20 ou mais dentes naturais (n=516)

		Nenhuma dor	Pouca dor	Dor média	Muita dor	p
Como classifica sua fala?	Boa	245 (72,3%)	59 (17,4%)	23 (6,8%)	12 (3,5%)	0,000
	Ruim	64 (45,4%)	43 (30,5%)	12 (8,5%)	22 (15,6%)	
Como classifica a aparência de seus dentes/gengiva?	Boa	154 (76,6%)	30 (14,9%)	11 (5,5%)	6 (3,0%)	0,000
	Ruim	162 (55,9%)	73 (25,2%)	26 (9,0%)	29 (10,0%)	
Como classifica a saúde da sua boca?	Boa	175 (81,0%)	23 (10,6%)	10 (4,6%)	8 (3,7%)	0,000
	Ruim	142 (51,6%)	78 (28,4%)	28 (10,2%)	27 (9,8%)	
Há quanto tempo você foi ao dentista?	Entre 0 e 2 anos	155 (62,8%)	56 (22,7%)	19 (7,7%)	17 (6,9%)	0,750
	=>3 anos	143 (66,8%)	40 (18,7%)	17 (7,9%)	14 (6,5%)	
Recebeu informações sobre como evitar doenças bucais	Sim	145 (61,7%)	56 (23,8%)	19 (8,1%)	15 (6,4%)	0,300
	Não	189 (68,2%)	48 (17,3%)	20 (7,2%)	20 (7,2%)	
Fluoretação da água	Sim	179 (69,1%)	49 (18,9%)	18 (6,9)	13 (5,0%)	0,200
	Não	155 (61,3%)	55 (21,7%)	21 (8,3%)	22 (8,7%)	

4. DISCUSSÃO

O aumento do número de estudos a respeito da dor na atualidade deve-se, entre outros aspectos, aos novos hábitos de vida, à maior longevidade do indivíduo e conseqüente prolongamento da sobrevivência (Teixeira & Figueiró, 1995).

No tocante às características sociodemográficas e relato de dor de origem bucal, não existiu diferença estatisticamente significativa entre os participantes desdentados (Tabela 1) ou com 20 ou mais dentes naturais (Tabela 5). Entre os respondentes entre 1 e 19 dentes naturais, apenas a variável raça mostrou uma associação significativa, quando os não-brancos referiram percentual de episódios de “muita dor” acima do que os brancos ($p < 0,02$) (Tabela 3).

Percebe-se, então, que não existe significância estatística de dor de origem bucal em relação à variável gênero, corroborando com os estudos de Andersson et al. (1993), Bassols et al. (1999), que relatam apenas maior prevalência de odontalgia em homens; Riley & Gilbert (2001), onde o sintoma de dor mostrou-se igual no grupo etário de 65 anos ou mais (16,5% em homens e 17,4% em mulheres). Em 2002, Riley et al. relataram novamente que não houve significância estatística para dor bucal em diferentes grupos étnicos. Todavia, diverge de Lipton et al. (1993) e LeResche (1999), que relataram uma maior prevalência de dor no sexo feminino. É importante destacar que os mesmos avaliaram e associaram a dor de origem bucal em mulheres em idade fértil, estabelecendo relação com período menstrual. Vê-se, então, que a diferença da prevalência de dor entre os gêneros não está bem estabelecida na literatura (Riley & Gilbert, 2001).

Von Korff et al. (1988) observaram que a prevalência de dor orofacial é menos prevalente em idosos (1,3%) quando comparada com outras faixas etárias (15% no grupo de 25 a 44 anos), assim como Locker & Grushka (1987) e Sternbach (1986) que afirmam que a dor orofacial, dentre elas a dor bucal, declina de acordo com os grupos etários, sendo ainda menos prevalente nos indivíduos de 65 anos ou mais.

A maioria das análises realizadas sobre dor, se focalizam na população adulta e na prevalência de dor de origem dental (entre 12% e 39%) (Sternbach, 1986, Locker & Grushka, 1987, Jaafar et al., 1989, Lipton et al., 1993, Bassols et al., 1999),

não havendo estudos que se limitem à dor de origem bucal tanto em adultos como na população idosa.

Para que seja possível uma política pública eficaz, levantamentos epidemiológicos devem contemplar essa lacuna, sendo necessário conhecer as percepções de saúde bucal dos mesmos, as condições de acesso e sua relação com a sintomatologia dolorosa.

A autopercepção reflete o impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando os graus de deficiência e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição (Gift et al, 1998; Sheiman et al., 1982). Conseqüentemente, os serviços públicos realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades se acumulem, atingindo níveis altíssimos (Colussi & Freitas, 2002) e fazendo com que o quadro dessas pessoas não apresente melhora considerável com o passar do tempo.

Enfatiza-se, então, que o conhecimento das necessidades odontológicas desse grupo etário não implica em assistência adequada, já que a perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade (Colussi & Freitas, 2002).

Em contrapartida, houve mais relato de episódio de dor ($p < 0,000$) nos participantes que referiram como ruim quando indagados “como classifica a aparência de sua boca/gengiva”, independente do número de dentes naturais (Tabelas 2, 4 e 6, respectivamente).

Houve significância estatística em relação à variável “como classifica a saúde da sua boca”, independente do número de dentes, sendo mais prevalente entre os participantes com mais de 20 dentes naturais.

Esses achados estão relacionados à percepção em saúde bucal que está associada aos aspectos físicos e subjetivos relacionados à boca, e é influenciada por fatores sociais, econômicos, pela idade, sexo e classe social do indivíduo. Para muitas patologias, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, e também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida (Sheiham, 2000).

Ao ser avaliada a variável “há quanto tempo foi ao dentista” e o relato de dor de origem bucal, não houve diferença estatisticamente significativa entre os

participantes com 20 ou mais dentes naturais (Tabela 6) referente à consulta odontológica há 2 anos ou há mais de 3 anos, ($p < 0,750$) . Entretanto, houve associação significativa entre os entrevistados com até 20 dentes ($p < 0,001$), havendo maior relato de dor nos participantes que procuraram o serviço odontológico em um maior espaço de tempo (Tabela 4). Nos desdentados, a relação estatística mostra que o episódio de dor está mais presente em idosos edentados que vão regularmente ao dentista, ($p < 0,000$) (Tabela 2) .

O uso de serviços odontológicos, com periodicidade e frequência apropriadas contribui para a manutenção da saúde bucal por intermédio de tratamento precoce e prevenção em todas as idades .

A associação entre dor de dente e padrão de frequência ao dentista tem sido relatada desde o trabalho pioneiro de Miller e Smallow (1970), que evidenciaram ser a dor de origem bucal mais freqüente entre os que não consultavam o dentista regularmente (Góes et al., 2006), sendo essa associação sustentada por outros estudos (Lacerda et al. 2004; Comunello et al., 2008).

No Brasil é baixo o relato de uso dos serviços odontológicos por idosos, uma vez que 6% relataram nunca terem utilizado os serviços odontológicos (Coordenação Nacional da Saúde Bucal, 2004), sendo que 11% usaram entre 1 e 2 anos e 66% o fizeram há três anos ou mais.

Se por um lado os idosos creem que problemas odontológicos são importantes e que requerem cuidado profissional, por outro parecem ter dificuldades de incorporarem essas crenças em suas práticas de saúde, sendo que a dor foi apontada como principal razão para a não utilização por consultas de rotina (Martins et al, 2008 b), corroborando com o estudo de Ferreira et al. (2006) que relatam a sintomatologia dolorosa como fator predisponente à extração. Essa relação se mostra no presente trabalho pois, apesar de idosos dentados (no caso, participantes que possuíam entre 1 e 19 dentes) relatarem maior periodicidade de visitas ao dentista, relatam mais dor, já que o sintoma está muitas vezes associado à presença de dente natural, e conseqüentemente, odontalgia. Um fato a ser levantado é que há um número cada vez maior de idosos que conservam seus dentes em boca, confirmando a prevalência mostrada.

No que refere ao item “como classifica sua fala”, quem a classificou como ruim apresentou maior relato de dor ($p < 0,000$), independente do nº de dentes naturais (Tabelas 2, 4 e 6, respectivamente), mostrando como o autoconhecimento predispõe uma condição.

Um dado preocupante é a escassa ida ao odontólogo por parte dos idosos edentados, que acreditam que, por não possuírem dentes naturais, não é necessária a visita regular ao serviço. Todavia, há entre os edentados, uma grande necessidade de cuidados, como avaliação precoce de lesões cancerizáveis, avaliação da necessidade de confecção ou de avaliação das próteses dentárias (Mattos et al., 2004, Moreira et al., 2005). Divergente a esses estudos, Neri e Soares (2002), relatam que a chance de procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos ganham anos de idade e não acumulam anos de estudo, ou seja, pessoas idosas com baixa escolaridade, apesar de usarem menos o serviço de saúde, tem maiores chances de necessitarem desses serviços. Matos et al. (2001) observaram que o uso regular estava inversamente associado à população idosa.

Para que se estabeleça uma melhor política de saúde bucal para o idoso, que investe na prevenção e na educação em saúde como estratégias para melhorar a qualidade de vida desse grupo etário.

Na análise da variável “recebeu informações sobre como evitar doenças bucais” não existiu diferença estatisticamente significativa entre os participantes desdentados (Tabela 2), com até 20 dentes (Tabela 4) e com 20 ou mais dentes naturais (Tabela 6).

Segundo Matos et al (2001), a visita regular ao cirurgião-dentista está ligada à percepção da prevenção das doenças bucais mais prevalentes, como a cárie e a doença periodontal. As variáveis escolaridade, percepção da necessidade de tratamento e consulta odontológica como fator de prevenção das doenças bucais está diretamente ligada ao uso regular de serviços odontológicos, e conseqüentemente, às informações recebidas. Conforme Pinheiro et al. (2002), na faixa etária de 65 anos ou mais, 11% referiram ao menos uma consulta odontológica, sendo que os homens relataram maior número de consultas. Nota-se, por meio desse, que o nível de informação sobre saúde oral independe do relato de dor.

Na variável “fluoretação” e relato de dor de origem bucal, não houve significância estatística entre todos os idosos participantes (Tabela 2, 4 e 6), no que se refere às características odontológicas.

Essa divergência ocorre pois a fluoretação da água está relacionada com a cárie dentária, fator preditor da ocorrência de dor de origem dental. Sabe-se que a prevalência de cárie é menor em locais que apresentam água fluoretada (Rihs et al., 2007, Aczurra et al., 1995, etc.). Não é estabelecida, então, uma associação entre água fluoretada e dor de origem bucal na população idosa.

A partir dos dados apresentados, percebe-se que a presença de saúde bucal é associada à realização de consultas ao profissional, embora o recebimento ou não de informações sobre o assunto não afetasse a prevalência de dor de origem bucal. O relato de episódio de referência de dor faz associação com algumas variáveis de autopercepção em saúde bucal, por exemplo, “como classifica sua fala”, “como classifica a saúde da sua boca”, “como classifica a aparência de seus dentes/gengivas”.

Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece uma atenção especial pelo fato de que os serviços odontológicos não vêem o idoso como prioridade, apesar do mesmo apresentar elevados índices de cárie, doença periodontal, edentulismo e dor de origem bucal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transições demográfica e epidemiológica produzem como cenário uma população com elevado número de idosos. Esse quadro denota uma reestruturação da política pública de atenção ao idoso no país, que, apesar de garantir assistência, não garante o acesso aos serviços odontológicos.

A saúde do idoso demanda ações da família e dos serviços de saúde, privados e públicos. Dados epidemiológicos desse grupo populacional podem mostrar a história de vida-saúde e o tipo de atenção recebida em todas as fases da vida, como mostra o Levantamento Epidemiológico sobre as condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2003.

O diagnóstico das condições de saúde/doença de grupos populacionais têm sido realizado somente por meio de indicadores numéricos, ignorando aspectos sociocomportamentais importantes. Faz-se necessária, então, a inclusão de saúde em estudos, pois esse conhecimento possibilita o desvelar dos valores atribuídos e o significado conferido pelas pessoas à saúde (Reis & Marcelo, 2006). A autopercepção em saúde bucal tem sido bastante pesquisada, sendo percebida de modos diferentes por indivíduos, sociedades e gerações, mostrando a diversidade de valores dos idosos frente a experiências de dor.

REFERÊNCIAS

ACZURRA,A.I.; BATTELINO,L.J.; CALAMARI, S.E.;CATONI,S.T.;KREMER,M.; LAMERGHINI,F.C.Estado de salud bucodental de escolares residentes em localidades abastecidas com água de consumo humano de muy alto y bajo contenido de fluoros.Revista de Saúde Pública, v. 29, n. 5, p. 364-375,1995.

ALEXANDRE, G.C.; NADANOVSKY, P.; LOPES, C.S; FAERSTEIN,G. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil.*Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1073-1078, 2006.

ANDERSSON,H.I.; EJLERTSSON,G.; LEDEN,I.; ROSENBERG,C.Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain*, v. 9, n. 3. p. 174-182, 1993.

ANTUNES,J.L.F.;PERES,M.A.O método epidemiológico de investigação e sua contribuição para a saúde bucal.In:*Epidemiologia da saúde bucal*.Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan,2006.

BASSOLS,A.; BOSCH,F.; CMPILOO,M. CANELLAS, M.; BANOS,J.E.An epidemiologic comparision of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain).*Pain*, v. 83, n. 1, p. 9-16, 1999.

BASTOS, J.L.; GIGANTE, D.P.; PERES, K.G.; Toothache prevalence and associated factors : a population-based study in southern Brazil. *Oral diseases*, n. 14. p. 320-326, 2008.

BASTOS, J. L.D.; GIGANTE, D.P.; PERES, K.G.; NEDEL, F.B.Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1611-1621, 2007.

BASTOS, J.L.D.; NOMURA, L.H.; PERES, M.A. Dor de dente e sua relação com condições sócio-econômicas e cárie dentária em adultos jovens do sexo masculino no sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 1416-1423, 2005.

COMUNELLO, S.M.H.; CROSATO, E.M.; BIAZEVIC, M.G.H.; CROSATO, E. Dor dental e condição sócio-econômica: um estudo censitário em escolares. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, v.8, n. 1, p. 63-67, 2008.

COORDENAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE BUCAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resultados principais do Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.18, n. 5, p. 1313-1320, 2002.

DINI, E.L.; CASTELLANOS, R.A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. *Revista Brasileira de Odontologia*, n. 50, p.53-58, 1993.

EKANAYAKE, L.; MENDIS, R. Self reported use of dental services among employed adults in Sri Lanka. *International Dentistry Journal*, n.52, p. 151-155, 2002.

FERREIRA, A.A.A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.W.A.; ALVES, M.S.C.F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n. 1, p. 211-218, 2006.

GIFT, H.C.; ATCHISON, K.A.; DRURY, T.F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiples variables. *Journal of Dental Restoration*, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, 1998.

GÓES, P.S.A.; KOSMINSKY, M.; SIQUEIRA, J.T.D.; RIBEIRO, M.F.P. *Dor orofacial*. In: *Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 102-113, 2006.

JAAFAR,N.; RAZAK, I.A.; ZAIN,R.B. The social impact of oral and facial pain in a industrial population. *Annals of the Academy of Medicine*, v. 18, n. 5; p. 553-555, 1989.

KAMEI,N.C.; CAVALLI,V.;BONA,P.R.F.; PIRES,F.R.;LOPES,M.A.;HIPOLITO JÚNIOR,O.D.Queixa principal dos pacientes da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-FOP/UNICAMP submetidos à triagem. *Iniciação Científica Cesumar*, Maringá, v.2, n.1, p.21-22, 2000.

LACERDA,J.T.;SIMIONATO,E.EM.;PERES,K.G.,PERES,M.A.;TRAEBERT,J.;MARC ENES,W.Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta.*Revista de Saúde Pública*, n.28, p. 453-458, 2004.

LERESCHE,L.Gender considerations in the epidemiology of chronic pain.*Epidemiology of pain*, 1999.

LIPTON, J.P.; SHIP, J.A.; LARAH-ROBINSON,D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *The Journal of the American Dental Association*, n.124, p. 115-121,1993.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. Prevalence of oral and a facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.15, n. 3, p. 169-172, 1987.

LUO,Y.; McMILLAN, A.S.; WONG,M.C.; ZHENG, J. ; LAM, C.L. Orofacial pain conditions and impact on quality of life in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *Journal of Orofacial pain*, v. 21, n. 1, p. 63-71, 2007.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.24, n.1, p.81-92, jan, 2008.

_____ ; HAIKAI, D.S.; PEREIRA, S.M. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 7, p. 1651-1666, jul, 2008.

MARTINS, A.M.E.B.L.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.3, p. 487-496, 2008.

MATOS, D.L.; GIATTI, L.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostras de domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, v.20, p. 1290-1297, 2004.

_____ ; LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L. MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo e base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Caderno de Saúde Pública*, n.17, p.661-668, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil: condições e saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. *Brasília: Coordenação de Saúde Bucal*, Ministério da Saúde, 2004.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T.A. saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, p. 1665-1675, 2005.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, n.18, p.77-87, 2002.

NEWMANN, J.F.; GIFT, H.C. Regular pattern of preventive dental services-a measure of access. *Soc Sci Med*.35, p. 997-1001, 1992.

NOMURA, L.H.; BASTOS, J.L.D.; PERES, M.A. Prevalência de dor de dente e associação com cárie e condições sócio-econômicas em escolares, sul do Brasil,2002.*Brazilian Oral Research*, v.18, n.2, p.134-140, 2004.

OLIVEIRA, A.G.R.C. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: *Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2006.

PAUL, A.K.,; CROUCHER, R.; MARCENES, W. Prevalence estimates and associated factors for dental pain : a review. *Oral health Preventive Dentistry*, n. 1, p. 209-220, 2003.

PINHEIRO,R.S.; VIACAVA,F.; TRAVASSOS,C.; BRITO,A.S.Gênero, morbidade, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, n. 7, p.687-707,2002.

PUCCA Jr., G.A. A saúde bucal do idoso - Aspectos demográficos e epidemiológicos. [online] Disponível na Internet via WWW.URL: <http://www.portalodontologia.com.br/odontologia/principal/conteudo.asp?id=3050>. Arquivo capturado em 12 de janeiro de 2009.

REIS,S.C.G.B.; MARCELO,V.C.Saúde bucal na velhice :percepção dos idosos, Goiânia,2005.*Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 191-199, 2006.

RIHS,.L.B.; SOUSA, M.L.R.; CYPRIANO,S.Cárie dentária em adultos em locais com e sem água fluoretada da região de Campinas, São Paulo. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 48, n. 1, 2003.

RILEY,J.L.; GILBERT,G.H.; HEFT,M.W. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly?.*Pain*, v. 76, n. 1, p. 97-104, 1998.

RILEY,J.L.; GILBERT,G.H.Orofacial pain symptoms an interaction between age and sex.*Pain*, n.90, p. 245-256, 2001.

_____ ;HEFT, M.W.Race/ethnic differences in health care use for orofacial pain among older adults. *Pain*, n.100, p. 119-130, 2002.

ROBERTS-THOMPSON,K.F.; LUZZI,L.; BRENNAN,D.S. Social inequality in use of dental services: relief of pain and extractions. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, v. 32, n. 5, p. 444-449, 2008.

ROSA, A.G.F.; FERNANDEZ, R.A.C.; PINTO, V.G.;RAMOS,L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v.26, n. 3, p. 155-160, 1992.

SALIBA, C.A.; SALIBA, N.A.; MARCELINO, G.; MOIMAZ, S.A.S. Saúde bucal dos idosos:uma realidade ignorada. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, n.53, p.279-282, 1999.

SESSLE, J.T.T; CHING, L.H. Dificuldades no diagnóstico diferencial de dores dentárias referidas à face. Conduta clínica e considerações sobre uma amostra. *Jornal Brasileiro de Clínica Estética Odontológica*, v. 1, p. 11-18, 1997.

SHEIMAN,A. ;MAIZELS, J.E.; CUSHING, A.M.The concept of need in dental care. *International Dental Journal*, v. 32, n. 3, p. 265-270,2001.

SHEIHAM,A.A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In:Pinto, V.G.*Saúde bucal coletiva*. São Paulo:Editora Santos, p. 223-250, 2000.

SILVA, PR.; CROSATO, E.; MICHEL, E. Estudo em crianças sobre freqüência da dor de dente e visita ao cirurgião-dentista. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, v.16, n. 8, p. 119-121, 1998.

SIQUEIRA, J.T.T. Dores dentárias difusas, odontalgia atípica. In: *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Editora Maio, 2001.

_____; TEIXEIRA, M.J. *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Editora Maio, 2001.

STERNBACH, R.A. Pain and hassles in the United States: findings of the Nuprin pain report. *Pain*, v. 27, n. 1, p. 69-80, 1986.

TEIXEIRA, M.J.; FIGUEIRÓ, J.A.B. *Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. São Paulo: Grupo Editorial Moreira JR, 2001.

VARGAS, C. M.; MACEK, N.D; MARCUS, S.E. Sociodemographic correlates of tooth pain among adults: United States, 1989. *Pain*, n. 85, p. 87-92, 2000.

VON KORRF, M.; DWORKIN, S.F.; LE RESCHE, L.; KRUGER, A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*, v. 32, n.2, p. 173-983, 1998.

WHO. World Health Organization. *Oral Health Surveys. Basic Methods*. Segunda edição. Geneva: WHO, 1997.

ANEXO

No SB Brasil foi aplicada uma técnica de amostragem probabilística por conglomerados em três estágios que permitiu a produção de inferências para cada uma das macrorregiões brasileiras, por porte do município e para cada idade ou grupo etário.

O SB Brasil foi realizado em diferentes macrorregiões do Brasil em cidades de diferentes densidades populacionais, representando as populações urbana e rural, e grupos divididos em faixas etárias. A divisão dos grupos foi definida usando os critérios da Organização Mundial de Saúde, e incluíram bebês (18 a 36 meses), crianças (5 a 12 anos ou mais), adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas e exames odontológicos, realizados entre maio de 2002 e outubro de 2003 através de visita domiciliar. Foram observadas as seguintes características em relação à saúde bucal: coroa e raiz dentária, condição periodontal do sextante, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese, fluorose dentária e presença de alterações de tecido moles. Foram obtidos dados relativos à condição sócio-econômica do examinado, acesso a serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal. A ficha que possibilitou a coleta dos dados constava de duas partes: a ficha de exame bucal e o formulário de avaliação sócio-econômica, acesso e autopercepção em saúde bucal.

A ficha de exame bucal possuía os seguintes itens para avaliação:

- identificação: número, estado, município, se há flúor na água, anos de fluoretação, setor censitário, quadra/vila, escola, examinador;
- informações gerais do indivíduo: idade, sexo, grupo étnico, localização geográfica, realização do exame;
- edentulismo: para avaliar a necessidade e o uso de prótese em adolescentes (15 a 19 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos);
- fluorose dentária: em crianças de 12 anos e adolescentes de 15 a 19 anos;
- anormalidades dentofaciais: em crianças de 5 anos para avaliar se há má-oclusão, em crianças de 12 anos e adolescentes de 15 a 19 anos para avaliar as características da dentição, presença ou não de espaço e o tipo de oclusão (DAI-Índice de Estética Dental);

- cárie dentária e necessidade de tratamento: em todos os grupos etários, e a condição de raiz nos grupos etários de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos através de um odontograma;
- doença periodontal: em crianças de 5 anos para avaliar alteração gengival, em crianças (12 anos), nos adolescentes, nos adultos e nos idosos foi utilizado índice periodontal comunitário (CPI) e em adultos e idosos a perda de inserção periodontal (PIP);
- alterações de tecido mole: em todos os grupos etários.

O formulário de avaliação sócio-econômica, acesso e autopercepção em saúde bucal foram subdivididos nos seguintes itens:

- avaliação sócio-econômica: número de pessoas, escolaridade, se é estudante, tipo de escola, moradia, número de cômodos da casa, renda familiar, renda pessoal, posse de automóvel;
- acesso a serviços odontológicos: se já foi ao dentista, há quanto tempo, local do atendimento, motivo da procura, avaliação do atendimento, se recebeu algum tipo de informação sobre problemas bucais, alguma necessidade de tratamento no momento da entrevista;
- autopercepção em saúde bucal: classificação da saúde bucal, da aparência de dentes e gengivas, da mastigação, da fala em relação aos dentes e gengivas, se a saúde bucal afeta o relacionamento com as outras pessoas, o quanto de dor dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses.

Os critérios adotados no Projeto SB Brasil tomaram por base a 4ª edição do *Oral Health Surveys – basic methods* da Organização Mundial da Saúde (1997). Foram examinadas 108.921 pessoas de uma meta pré-estabelecida de 127.939, representando 85 % do total da amostra prevista (SB Brasil, 2004).

Projeto
SB2000

Condições de Saúde Bucal da
População Brasileira no Ano 2.000

Ficha de Exame

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO <input type="text"/>	ESTADO <input type="text"/>	MUNICÍPIO <input type="text"/>	FLÚOR <input type="checkbox"/>	ANOS FLUORETAÇÃO <input type="text"/>
SETOR CENSITÁRIO <input type="text"/>	QUADRA / VILA <input type="text"/>	ESCOLA <input type="checkbox"/>	EXAMINADOR <input type="text"/>	

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/>	Grupo Étnico <input type="checkbox"/>
Idade em meses (somente para bebês) <input type="text"/>	Localização Geográfica <input type="checkbox"/>	Realização do Exame <input type="checkbox"/>

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

USO DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FLUOROSE DENTÁRIA

12 anos e 15-19 anos

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

DAI (12 e 15-19 anos)	MÁ-OCCLUSÃO (5 anos)			
DENTIÇÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de I,C, e PM perdidos	<input type="checkbox"/>			
ESPAÇO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apinhamento na região de incisivos	Espaçamento na região de incisivos	Diastema em milímetros	Desalinhamento maxilar anterior em mm	Desalinhamento mandibular anterior em mm
OCCLUSÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overjet maxilar anterior em mm	Overjet mandibular anterior em mm	Mordida aberta vertical anterior em mm	Relação molar ântero-posterior	

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>																				
Raiz	<input type="checkbox"/>																				
Trat.	<input type="checkbox"/>																				
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="checkbox"/>																				
Raiz	<input type="checkbox"/>																				
Trat.	<input type="checkbox"/>																				

DOENÇA PERIODONTAL

AG
(5 anos)

CPI

12 anos
15-19 anos
35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47/46	31	36/37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PIP

35-44 anos
65-74 anos

17/16	11	26/27
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47/46	31	36/37
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

Todos os grupos etários



Condições de Saúde Bucal da
População Brasileira no Ano 2000

Formulário de avaliação sócioeconômica, acesso e autopercepção em saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SÓCIOECONÔMICA

1 Número de pessoas

2 Escolaridade (anos de estudo)

3 Estudante

 0 - Sim
 1 - Não

4 Tipo de Escola

 0 - Não é estudante
 1 - Pública
 2 - Privada
 3 - Outros

5 Moradia

 1 - Própria
 2 - Própria em aquisição
 3 - Alugada
 4 - Cedida
 5 - Outros

6 Número de cômodos da casa

7 Renda Familiar (em reais)

8 Renda Pessoal (em reais)

9 Posse de automóvel

 0 - Não possui
 1 - Possui um automóvel
 2 - Possui dois ou mais automóveis

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

10 Já foi ao dentista alguma vez na vida?

 0 - Sim
 1 - Não

11 Há quanto tempo?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Menos de 1 ano
 2 - De 1 a 2 anos
 3 - 3 ou mais anos

12 Onde?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Serviço Público
 2 - Serviço Privado Liberal
 3 - Serviço Privado (planos e convênios)
 4 - Serviço filantrópico
 5 - Outros

13 Por quê?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção
 2 - Dor
 3 - Sangramento gengival
 4 - Cavidades nos dentes
 5 - Feridas, caroços ou manchas na boca
 6 - Outros

14 Como avalia o atendimento?

 0 - Nunca foi ao dentista
 1 - Pêssimo
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Bom
 5 - Ótimo

15 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

 0 - Sim
 1 - Não

16 Considera que necessita de tratamento atualmente?

 0 - Sim
 1 - Não

AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL

17 Como classificaria sua saúde bucal?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Pêssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

18 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Pêssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

19 Como classificaria sua mastigação?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Pêssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

20 Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Pêssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

21 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Não afeta
 2 - Afeta pouco
 3 - Afeta mais ou menos
 4 - Afeta muito

22 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?

 0 - Nenhuma Dor
 1 - Pouca Dor
 2 - Média Dor
 3 - Muita Dor