

PERDAS DENTÁRIAS NA ADOLESCÊNCIA

DENTAL LOSS IN ADOLESCENCE

Sérgio Spezzia¹

RESUMO

As doenças bucais mais frequentes na adolescência são cárie e doenças periodontais, no entanto, existem outros problemas de saúde bucal que geram preocupações, dentre eles, têm-se as perdas dentárias. O objetivo deste artigo foi o de investigar as perdas dentárias no período da adolescência, bem como a reabilitação oral posterior de cunho protético a ser realizada. Nos adolescentes existe necessidade do estabelecimento de medidas preventivas a serem realizadas precocemente, em virtude da alta prevalência de perdas dentárias apresentada. Concluiu-se que deve haver a instituição de políticas públicas efetivas, visando prevenir o acometimento por perdas dentárias na adolescência, uma vez que essas perdas por si só já ocasionam gastos elevados para reabilitação oral a nível de saúde pública. Convém, portanto, investir no tratamento preventivo, buscando resolver o problema e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, deixando de lado, apenas e tão somente o tratamento curativo realizado por próteses bucais.

UNITERMOS: Comportamento do Adolescente. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

A adolescência, oriunda do latim “adolesco” que significa crescer, desenvolver-se, constitui em um período extremamente importante para a saúde geral dos indivíduos. Nele ocorre passagem da infância para a idade adulta, transcorrendo concomitantemente, várias mudanças nos indivíduos envolvidos, incluindo as de caráter físico, biológico, cognitivo, emocional, psicológico e social^{1,2}.

Nessa fase da vida alguns fatores sócio-demográficos, psicossociais, bem como o estilo de vida utilizado podem agir, alterando certos hábitos e comportamentos voltados para a saúde nas demais etapas da vida. O grande problema enfrentado pelo adolescente é o de ter de se soerguer por si próprio, não podendo contar com o tutelamento que tinha quando era criança, período em que recebia atenção e cuidados especiais pela família, pais e/ou responsáveis³.

Conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um quinto da população do globo é adolescente, correspondendo a idade dos 10 aos 19 anos⁴.

No Brasil existem atualmente 17,5 milhões de adolescentes, correspondendo a 9,2% da população,

com idade entre 10 e 14 anos. Têm-se outros 17 milhões, constituindo 8,9% do total da população com idade entre 15 e 19 anos. Sabe-se que a maior parte desse público está inserido na educação escolar (98% e 84% para as faixas de 10 a 14 e 15 a 17 anos, respectivamente)⁵.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), tem valorizado bastante o papel que tem a saúde bucal na saúde geral para que possa haver bons índices de qualidade de vida.

O conceito de saúde configura-se como parte de um fenômeno social complexo, que abrange condutas médicas, intervenções em saúde pública, bem como a instituição de políticas inter-setoriais, promotoras de ação política⁶.

Na saúde bucal o conceito engloba, ausência de dores bucais crônicas e agudas; inexistência do câncer; de úlceras bucais; defeitos congênitos; bem como, ausência de doenças periodontais, cáries e de perdas dentárias, além de outros agentes que podem afetar a saúde oral^{7,8}.

Pesquisas apontam geralmente as perdas dentárias, como sendo um dos principais fatores desencadeadores de problemas de oclusão e dor, estes que geram bastante impacto na saúde oral⁴.

Em todo o mundo têm-se adotado políticas

1 - Cirurgião Dentista. Especialista em Adolescência para Equipe Multidisciplinar e Mestre em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo.

públicas de prevenção e promoção de saúde, voltadas prioritariamente para o público jovem. Nesse contexto, o ambiente escolar configura-se como satisfatório para que essas políticas possam surtir efeito⁹.

A OMS preconiza para melhora da saúde bucal como metas para o século XXI, uso do flúor e dieta saudável, dentre essas metas, encontra-se inserida atenção especial com a saúde bucal em crianças e adolescentes, através de promoção de saúde nas escolas. A adolescência é um período vulnerável para a saúde bucal, uma vez que existem dentes permanentes vulneráveis em erupção, daí a preocupação especial adotada pela OMS¹⁰.

Dados do Projeto SB Brasil 2003, atestaram que havia um quadro insatisfatório pertinente à saúde bucal dos adolescentes brasileiros, coexistindo discrepâncias regionais, quando comparadas as regiões norte e nordeste com o sul e sudeste do país. Além disso, foi possível averiguar que 14% dos adolescentes em todo o território nacional nunca tinham consultado um cirurgião dentista e que na região nordeste havia agravamento desse percentual por questões óbvias, havendo 22% de adolescentes com abstenção às consultas dentárias¹¹.

Ao se analisar os dados obtidos em estudos conduzidos pelo Ministério da Saúde em 2010 com os de 2003 obteve-se uma importante redução no número das perdas dentárias em todo o Brasil nos adolescentes.

A prevalência dessas perdas dentárias nesses adolescentes em nosso país chega a 38,9%¹²⁻¹⁴.

Os dentes deciduos podem ser acometidos precocemente por perdas dentárias, estas que podem ser provenientes de traumas ou de lesões de cárie, dentre outros fatores. A partir dessas perdas, convém reabilitar proteticamente esses espaços desdentados até o momento da erupção dos dentes permanentes^{15,16}. Nesses pacientes as próteses tenderão a restabelecer a mastigação, a fala, e o componente estético, possibilitando ainda, resgatar a autoestima nesses indivíduos. Pode-se fazer uso de próteses removíveis, fixas ou de próteses totais, embora as removíveis geralmente sejam as mais utilizadas clinicamente¹⁶.

A Odontohiatria ocupa-se em cuidar da saúde bucal do adolescente, dando ênfase à prevenção e promoção da saúde. Outra finalidade apresentada é a de inserir o adolescente em um programa educativo-preventivo e curativo, se necessário, enfocando o aspecto estético e cosmético, que são tão valorizados nessa fase¹⁷.

O objetivo deste artigo foi o de investigar as perdas dentárias no período da adolescência, bem como a reabilitação oral posterior de cunho protético a ser realizada.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado levantamento bibliográfico com consulta as bases de dados eletrônicas: PubMed,

LILACS envolvendo artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais nos últimos 10 anos nos idiomas inglês e português.

Foram considerados também apontamentos de livros, monografias, dissertações e teses que tratavam do mesmo assunto.

Os critérios de inclusão levaram em consideração artigos que tratavam de perdas dentárias na adolescência e sua posterior reabilitação oral.

Excluiu-se os estudos que tinham somente considerações de perdas dentárias em adultos.

RESULTADOS

Na sequência seguem algumas considerações muito importantes e que estavam presentes também na maioria dos estudos consultados através da pesquisa bibliográfica.

Em se tratando da assistência à saúde na adolescência, faz-se necessária a intervenção de vários profissionais da saúde, empreendendo tratamento multidisciplinar, visando possibilitar a convivência futura em âmbito social sem maiores problemas.

As doenças bucais mais frequentes na adolescência são cárie e doenças periodontais, no entanto, existem outros problemas de saúde bucal que geram preocupações, dentre eles, têm-se: as perdas dentárias, a mal oclusão, as lesões da mucosa bucal, a fluorose, preocupações com a estética corporal, bucal e a autoimagem e a halitose¹⁸.

Entre as causas de perdas dentárias em adolescentes, têm-se necessidades, envolvendo planejamentos ortodônticos, traumatismos dentários, necessidades protéticas, terceiros molares sintomáticos, iatrogenias, entre outras^{19,20}.

Existe preocupação crescente no geral, pelo fato de as doenças bucais crônicas, tais como cárie e doenças periodontais agirem progressivamente, possuindo efeito cumulativo. O início delas manifesta-se precocemente, na infância, na adolescência e nas faixas de idade adultas. O quadro pregresso e o caráter cumulativo pode desencadear potencialização dos quadros nessas doenças com piora. As perdas dentárias que ocorrem numa população, advém desses agravantes²¹.

O público jovem tende e deve ser habilitado por intermédio da aprendizagem, preventivamente para que possa empreender por si só, hábitos relacionados à saúde. Nesse período, frequentemente é determinada a saúde e a qualidade de vida de uma população no decorrer dos anos. Portanto, o ideal é que os conhecimentos adquiridos na infância e principalmente na adolescência sobre saúde bucal e saúde geral sejam praticados e se perpetuem durante o transcorrer da vida³.

Segundo estudo longitudinal feito por Broadbent²² et al. (2006), acerca da capacidade dos adolescentes de conseguirem aprender conceitos

adequados sobre saúde bucal, aplicando-os quando adultos, os autores conseguiram demonstrar que os adolescentes que mantiveram conceitos ou crenças sobre saúde bucal, aplicando-os favoravelmente na vida adulta, obtiveram bons resultados em termos de saúde, inclusive com menor número de perdas dentárias, advindo de terem conseguido evitar processos cariosos e doenças gengivais. Nesse contexto, é importante ter-se em mente que é no período da adolescência que estão sendo amoldados vários comportamentos que serão voltados para a área da saúde, tornando-se passíveis de serem praticados para benefício próprio desses indivíduos²³.

Em contrapartida, nessa época muito comumente constata-se que existe um certo descuido quando se analisa como decorre o autocuidado com a saúde e a higiene oral. Alguns estudos transversais demonstram que a alta incidência de gengivite e o aumento do índice de placa entre os adolescentes são provenientes da falta de higienização bucal realizada de forma conveniente²⁴. Pode-se levar em consideração outros fatores, que atuarão de forma coadjuvante com a má higiene bucal, são eles: falta de assistência a saúde bucal especificada para a idade; emprego de tratamentos ortodônticos; a substituição da dentição decídua pela permanente; a dieta imprópria e mais açucarada, além disso, durante a eminência de atividades esportivas pode ocorrer predisposição para o acometimento de traumatismos dentários²⁵.

Nesse período comumente ocorre vulnerabilidade a instalação de problemas relacionados com a saúde bucal, advindos de fatores, como: descuido e higiene oral precária, troca da dentição decídua pela permanente, tratamento ortodôntico, dieta inadequada, traumatismos e acidentes provenientes da prática de esportes, dentre outros, o que pode repercutir na saúde bucal dos adolescentes para o resto da vida.

No caso de ocorrerem perdas dentárias, instauram-se inúmeros outros problemas, envolvendo a saúde oral, tais como: dificuldade para mastigar e falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência e prejuízo na aceitação social, afetando, portanto, as atividades diárias do indivíduo. Nesse contexto, a reabilitação protética do paciente torna-se fundamental, possibilitando a recuperação da autoestima, a reintegração ao meio social e uma melhor qualidade de vida²⁶.

A OMS aconselha o emprego do indicador de Uso e Necessidade de Prótese com o intuito de analisar como ocorrem as perdas dentárias para averiguar qual é o percentual populacional que precisa de reabilitação oral com próteses. O índice do uso e necessidade de prótese é pouco utilizado em levantamentos epidemiológicos, devido a isso mais estudos epidemiológicos fazem-se necessários, visando ampliar os dados relacionados com o uso e necessidade de prótese na população jovem brasileira²⁷.

Dados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no país, os do Projeto Saúde Bucal Brasil 2010, apontaram melhora nas condições bucais da população nos últimos vinte anos. Para os adolescentes, no entanto, permaneceram dados incidindo desfavoravelmente, uma vez que 13% dos adolescentes necessitavam de próteses dentárias. Podem ocorrer situações clínicas preocupantes, envolvendo esses adolescentes que irão necessitar do uso de mais de um elemento protético fixo.

De acordo com o levantamento epidemiológico do Projeto Saúde Bucal Brasil, 2010, o uso de prótese total na maxila superior atinge o percentual de 0,03%, em indivíduos de 15 a 19 anos de idade, somente na região Sudeste e 0,08% nas demais regiões do Brasil¹⁴.

No contexto do uso das próteses a integridade do sistema mastigatório deve ser observada em dois aspectos fundamentais, o anatômico e o funcional. No primeiro aspecto deve-se considerar o número de dentes funcionais posteriores e a utilização de próteses, bem como seu tipo e funcionalidade. O segundo está relacionado com a eficiência do processo de mastigação, força de mordida, tempo de mastigação e número de ciclos mastigatórios. Dentre as alterações mais comuns do sistema mastigatório relacionadas a dificuldade mastigatória e ingestão de alimentos estão a perda progressiva dos dentes e a utilização de próteses¹⁶.

Esse quadro tende a gerar impacto, o que requer que se institua novas políticas públicas, visando minimizar as perdas dentárias e a necessidade do uso de aparelhos protéticos. Visando propor mudanças, deve-se sugerir o estabelecimento de estratégias com enfoque voltado para o grupo de indivíduos adolescentes.

No contexto da promoção de saúde nas escolas instituído pela OMS, em nosso país, políticas como a preconizada pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) estão em andamento. A PeNSE constituiu o primeiro inquérito nacional em escolares, atendendo aos objetivos de implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde do Escolar. Ela visa subsidiar gestores e profissionais de saúde com informações fidedignas, permitindo concomitantemente que sejam formalizados determinados parâmetros, a ponto de permitir que se proceda a orientação e a avaliação de um conjunto de políticas de saúde com intuito focado nos adolescentes. Na PeNSE são coletadas informações sociodemográficas, sobre alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, saúde bucal, comportamento sexual, violência, acidentes, segurança e medidas antropométricas. O módulo de saúde bucal é composto por duas questões, referentes à frequência de escovação dentária e relato de dor dentária^{28,29}.

DISCUSSÃO

Os alunos adolescentes de escolas públicas possuem mais casos de cárie com menor realização de tratamentos curativos para eliminação da lesão cariada, advindo disso ocorre maior número de perdas dentárias. O quesito socioeconômico pode, portanto, agir expondo os adolescentes ao acometimento pelas principais doenças bucais²⁹.

Em sua maior parte, no contexto das informações epidemiológicas acerca da cárie, das doenças periodontais e de perdas dentárias em nosso país, têm-se dados provenientes de estudos transversais com caráter regional³⁰.

Sob o enfoque da epidemiologia das perdas dentárias ocorridas durante a adolescência, temos sua ocorrência oriunda, principalmente das doenças bucais crônicas³¹.

Relacionado a estudos realizados acerca de perdas dentárias em adolescentes, estudos com amostras significantes mostram-se escassos, tanto no Brasil como nos países em desenvolvimento³². Em nosso país, têm-se poucos estudos que levam em consideração perdas dentárias na adolescência, esse fato requer a realização de mais estudos observacionais representativos acerca do assunto.

A maioria dos estudos que abordam perdas dentárias reporta o primeiro molar como sendo o dente que mais detém exodontias, independentemente da faixa de idade³². Os primeiros molares permanentes são os dentes mais acometidos por lesões de cárie, estas que incidem principalmente na superfície oclusal, local onde têm-se condições que favorecem ao acúmulo de placa. No transcórrer da infância e da adolescência, as superfícies oclusais dos primeiros e segundos molares englobam a maior parte dos episódios de novas lesões de cárie instaladas, esse fato esclarece o motivo pelo qual nos primeiros molares faz-se mais exodontias, inclusive na adolescência³³.

O método empregado para aferição em estudos sobre perdas dentárias é diferenciado, variando com a idade dos indivíduos estudados. Nos adolescentes, convém mensurar prevalência de perdas, ao invés das unidades dentais perdidas.

Estudos epidemiológicos realizados em adolescentes tem levado em consideração a idade dos 15 anos para o feitiço de avaliação das condições de saúde bucal. Nessa idade os dentes permanentes erupcionados encontram-se em contato com todos os problemas bucais já há algum tempo, e é baseado nesse parâmetro que os estudos epidemiológicos têm firmado a idade entre os 15 e os 19 anos, fase inicial da adolescência, como sendo a mais favorável para se verificar problemas bucais em adolescentes³⁴.

Pode haver reflexo na saúde sistêmica do quadro manifesto oralmente pelas perdas dentárias instauradas precocemente. Além do prejuízo causado em âmbito mastigatório pode haver, concomitantemente problemas digestivos, sobrecarga

estomacal, bem como pode-se desenvolver doenças de uma forma geral.

O acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos por todos torna-se imprescindível no contexto da manutenção da saúde oral. Várias pesquisas demonstram que ao haver acesso limitado ocorrerá perdas dentárias^{32,35}.

Na realidade o serviço público, que em primazia atende a população mais pobre tenderia a promover maior número de exodontias, em vistas disso, convém que haja reorientação em âmbito odontológico, no intuito de prevenir e evitar perdas dentárias, elaborando-se políticas públicas de saúde voltadas para essa população. Outra medida efetiva seria a de reabilitar proteticamente os pacientes que já são detentores do dano instaurado.

Nos adolescentes existe necessidade do estabelecimento de medidas preventivas a serem realizadas precocemente, em virtude da alta prevalência de perdas dentárias apresentada.

Existe no Brasil presença de desigualdade na distribuição das cáries, embora tenha ocorrido redução da sua prevalência. Em regiões menos favorecidas economicamente houve acometimento maior. Segundo Barbato & Peres³², (2009), existe associação eminente entre inexistência da presença de águas fluoradas na região nordeste e o acometimento pelas perdas dentárias.

O emprego de água fluoretada, visando prevenção em saúde bucal detém relevância, uma vez que nos adolescentes que moram em locais onde não existe água fluoretada ocorre aumento de cerca de 40% nas perdas dentárias, comparando-se as perdas ocorridas em adolescentes que residem em áreas em que existe prevenção com a fluoretação das águas, além disso, a fluoretação de águas contribui para que as pessoas tenham outra medida correlata, que é o acesso à água tratada, talvez a mais importante ação de saúde pública.

As exodontias realizadas por planejamento ortodôntico vem sendo praticadas frequentemente, constituindo um fator relevante que desencadeia também perdas dentárias na adolescência em vários países. Tal fato pode ser denotado claramente, relacionando-se o aumento do número de exodontias de pré-molares em adolescentes ao tratamento ortodôntico em si e não a presença do componente cariado como agente causador de perda dentária^{19,36}.

Estudo realizado por Susin³⁷ et al., (2006), visando investigar a prevalência e os fatores de risco relacionados a perda dentária em adultos jovens de 15 aos 29 anos na região metropolitana de Porto Alegre, constatou que 44,8% dos indivíduos apresentavam perda de pelo menos um elemento dentário. Os autores levaram em consideração alguns fatores determinantes, como: nível socioeconômico, lesões de cárie e doença periodontal. Neste estudo os primeiros molares foram os dentes que mais foram perdidos.

No contexto das perdas dentárias, têm-se prevalência maior voltada a perda ocasionada por cárie, sendo as perdas, devido doenças periodontais a segunda maior causa presente³⁸.

A cárie constitui problema de saúde pública, que ainda causa impacto em crianças e adolescentes, apesar do seu declínio ao longo dos anos. Existe ainda, elevado índice e deve haver, portanto, a instituição de medidas para combate em caráter individual e coletivo.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que deve haver a instituição de políticas públicas efetivas, visando prevenir o acometimento por perdas dentárias na adolescência, uma vez que essas perdas por si só já ocasionam gastos elevados para reabilitação oral a nível de saúde pública. Convém, portanto, investir no tratamento preventivo, buscando resolver o problema e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, deixando de lado, apenas e tão somente o tratamento curativo realizado por próteses.

ABSTRACT

The most common oral diseases in adolescence are caries and periodontal disease, however, there are other oral health problems that raise concerns, among them, have to tooth loss. The aim of this paper was to investigate tooth loss during adolescence, and the subsequent oral rehabilitation prosthetic nature to be held. In adolescents there is need to establish preventive measures to be carried out early because of the high prevalence of dental losses presented. It was concluded that there should be the establishment of effective public policies in order to prevent being affected by tooth loss in adolescence, since these losses alone would cause high costs for oral rehabilitation in terms of public health. It is therefore necessary to invest in preventive treatment, seeking to solve the problem and improve the quality of life of these individuals, leaving aside only and only curative treatment by oral prostheses.

UNITERMS: Adolescent Behavior. Health Promotion. Quality of Life.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque ELD, Simões S. A Saúde Bucal do Adolescente: ênfase no dependente de drogas e psicotrópicos. [monografia]. Escola de Aperfeiçoamento Profissional - Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, 2003.
2. Teixeira RS. Juventude: Uma época especial de ser. 2005. Disponível em <http://boasaude.com.br/libshowdoc.cfm?=-3137fromcomm=38commrr=src>

- Acessado em: 10 de fevereiro de 2016.
3. Yazdani R, Vehkalahti MM, Nouri M, Murtomaa H. Smoking, tooth brushing and oral cleanliness among 15-year-olds in Tehran, Iran. *Oral Health Prev Dent*, 2008;6(1):45-51.
 4. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 1995 p. 452.
 5. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf Acessado em 19 de setembro de 2016.
 6. Commission on Social Determinants of Health - CSDH – Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes – Interim Statement. Geneva: CSDH. 2007.
 7. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21^a. Century – implications to health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2009; 37:1-8.
 8. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
 9. Organização Mundial da Saúde. Regional Office for Europe. Regional guidelines: development of health promoting schools: a framework for action. Manila, 1996.
 10. Stokes E, Ashcroft A, Platt MJ. Determining Liverpool adolescents' beliefs and attitudes in relation to oral health. *Health Educ Res*, 2006; 21(2):192-205.
 11. Brasil. Projeto SB Brasil. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Ministério da Saúde, Brasil, 2005. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf Acessado em 27 de janeiro de 2015.
 12. Jamieson LM, Armfield JM, Roberts-Thomson KF, Sayers SM. A retrospective longitudinal study of caries development in an Australian Aboriginal Birth Cohort. *Caries Res*, 2010;44(4):415-20.
 13. Arrow P, Brennan D, Spencer AJ. Quality of life and psychosocial outcomes after fixed orthodontic treatment: a 17-year observational cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2011;39(6):505-14.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB Brasil 2010: Pesquisa

- Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília. 2011. 92. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf Acessado em 23 de setembro de 2015.
15. Wanderley MT, Trindade CP, Corrêa MSNP. Recursos protéticos em odontopediatria. In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos, 1999, p.497-8.
 16. Volpato CAM et al. Próteses odontológicas: uma visão contemporânea – fundamentos e procedimentos. 1ª ed. São Paulo: Santos, 2013. 482 p.
 17. Bussadori SK, Masuda MS. Manual de Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2005. 171p.
 18. Cortelli JR, Cortelli SC, Pallos D, Jorge AOC. Prevalência de periodontite agressiva em adolescentes e adultos jovens do Vale do Paraíba. Pesq Odontol Bras 2002; 16(2):163-8.
 19. Richards W, Ameen J, Coll AM, Higgs G. Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. Br Dent J, 2005; 198(5):275-8.
 20. Rodrigues AS, Castilho T, Antunes LAA, Antunes LS. Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil. UNOPAR Cient Cienc Biol Saúde, 2015; 17(4):267-78.
 21. Nicolau B, Marcenes W, Bartley M, Sheiham A. Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. J Public Health Dent, 2005; 65(1):14-20.
 22. Broadbent JM, Thomson WM, Poulton R. Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. J Dent Res, 2006; 85(4):339-43.
 23. Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status, race and body mass index: the mediating role of physical activity and sedentary behaviors during adolescence. J Pediatr Psychol, 2007; 32(3 Suppl):250-9.
 24. Chiapinotto FA, Vargas-Ferreira F, Demarco FF, Corrêa FO, Masotti AS. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. J Public Health Dent, 2013; 73(1):9-17.
 25. Guedes-Pinto AC et al. Fundamentos de Odontologia. São Paulo. Livraria Editora Santos, 2009.
 26. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Cienc Saúde Col, 2005; 10(4):1015-24.
 27. World Health Organization. Oral Health Survey. Basic Methods. 4. ed. Geneva; 1997.
 28. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. 138 p.
 29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf> Acessado em 15 de novembro de 2010.
 30. Roncalli AG, Côrtes MI, Peres KG. Oral health epidemiology and surveillance models in Brazil. Cad Saúde Pública, 2012; 28 Suppl: S58-68.
 31. Aida J, Ando Y, Akhter R, Aoyama H, Masui M, Morita M. Reasons for permanent tooth extractions in Japan. J Epidemiol, 2006; 16(5):214-9.
 32. Barbato PR, Peres MA. Tooth loss and associated factors in adolescents: a Brazilian population-based oral health survey. Rev Saúde Pública, 2009; 43(1):13-25.
 33. Pooterman JH, Weerheijm KL, Aartman IH, Kalsbeek H. Radiographic dentinal caries and its progression in occlusal surfaces in Dutch 17-year-olds: a 6-year longitudinal study. Caries Res, 2003; 37(1):29-33.
 34. Peres KG, Peres MA, Araújo CL, Menezes AM, Hallal PC. Social and dental status along life course and oral impacts in adolescents: a population-based birth cohort. Health Quality of Life Outcomes, 2009; 7:95.
 35. Melo ACBV, Braga CC, Forte FDS. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. R Bras Ci Saúde, 2011;15(3):309-18.
 36. Chrysanthakopoulos NA. Reasons for extraction of permanent teeth in Greece: a five-year follow-up study. Int Dent J, 2011;61(1):19-24.
 37. Susin C, Haas AN, Opermann RV, Albandar JM. Tooth loss in a young population from south Brazil. J Public Health Dent, 2006; 66(2):110-5.
 38. Caldas AF Jr. Reasons for tooth extraction in a Brazilian population. Int Dent J, 2000; 50(5):267-73.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

SÉRGIO SPEZZIA

Ambulatório dos Prematuros - Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo
R. Diogo de Faria, 764 – São Paulo – SP
CEP: 04037-002

sergio.spezzia@unifesp.br