

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**Fatores relacionados às perdas dentárias em
adultos e idosos de um município de médio porte
no Nordeste do Brasil**

Fabiana Barros Marinho Maia

SAPIENTIA AEDIFICAT

2015

Fabiana Barros Marinho Maia

**FATORES RELACIONADOS ÀS PERDAS DENTÁRIAS EM
ADULTOS E IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO
NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Concentração em Ciências Odontológicas.

Orientador: Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

João Pessoa

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

BIBLIOTECÁRIO:

M217f Maia, Fabiana Barros Marinho.
Fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte no nordeste do Brasil / Fabiana Barros Marinho Maia.- João Pessoa, 2015.
44f. : il.
Orientador: Franklin Delano Soares Forte
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS
1. Odontologia. 2. Saúde bucal. 3. Adultos - perda de dentes.

UFPB/BC

CDU: 616.314(043)

FABIANA BARROS MARINHO MAIA

**FATORES RELACIONADOS ÀS PERDAS DENTÁRIAS EM
ADULTOS E IDOSOS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO
NORDESTE DO BRASIL**

Banca Examinadora



Prof. Dr. : Franklin Delano Soares Forte
Orientador - UFPB



Prof. Dr. Fábio Correia Sampaio
Examinador interno



Profa. Dra. Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas
Examinador externo

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus, Aquele, que me permitiu tudo isso, ao longo de toda a minha vida, e, não somente nestes anos como mestranda, muito obrigada, reconheço cada vez mais em todos os meus momentos, que o Senhor é o maior **mestre** que uma pessoa pode conhecer e reconhecer.

AGRADECIMENTOS

Apenas palavras não seriam suficientes para expressar o tamanho da gratidão que tenho por um número tão grande de pessoas que, de forma direta e até indiretamente, foram essenciais para a realização de mais essa etapa em minha vida. Então aqui fica a minha eterna **GRATIDÃO**.

A Deus,

Pela oportunidade e força de enfrentar mais um desafio, estando comigo todos os dias da minha vida.

“A minha alma te segue de perto, a tua mão direita me sustém.”

Salmo 63:8

Ao meu esposo Alan,

Amor de toda minha vida, por quem meu coração sempre bate mais forte. Obrigada por todo amor, compreensão, e principalmente paciência no dia-a-dia quando nem eu mesma consigo me entender.

Aos meus queridos e amados pais, Augustinho e Rosa,

Os quais com muito amor, dedicação, simplicidade e honestidade me educaram e ensinaram que o conhecimento é o melhor caminho para uma vida melhor. Sei que, cada sonho meu realizado, cada degrau galgado por mim será sempre motivo extremo orgulho para eles. Amo-os.

Ao meu orientador Franklin,

Serei eternamente grata pela paciência na orientação, pelo seu apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos que me levaram a execução e conclusão desta dissertação. Não esquecerei jamais de cada ensinamento e dos inúmeros conselhos com suas sabias palavras ditas no

dia-a-dia, as quais foram essenciais na minha caminhada. Você é exemplo a ser seguido!

À minha amiga de sempre e pra sempre Ingrid Morgana,

Amiga, você foi essencial para realização desse trabalho, me incentivando a todo o momento. Te amo!

Aos meus colegas de curso,

Pelas experiências trocadas no decorrer desses dois anos de aprendizagem.

Assim, meu muitíssimo obrigado, que esses agradecimentos sejam revertidos a todos em amor, saúde, alegria.

**"QUANDO A GENTE PENSA QUE SABE
TODAS RESPOSTAS, VEM A VIDA E
MUDA TODAS AS PERGUNTAS"**

(Autor Desconhecido)

NOTAS PRELIMINARES

A presente Dissertação foi redigida conforme o Manual para Normatização da Defesa do Trabalho Final proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, adotando o formato alternativo (Anexo B). Apenas um artigo científico compõe este trabalho de Defesa, o qual foi redigido de acordo com as exigências da revista enviada (Revista Caderno de Saúde Pública).

RESUMO

Introdução: Na fase adulta da vida ocorre o maior número de perdas dentárias, o que ocasiona um elevado número de edentados. **Objetivo:** O presente estudo verificou os fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte no Nordeste do Brasil. **Metodologia:** Este trabalho foi um estudo do tipo observacional, ecológico e transversal realizado através de visita domiciliar utilizando os códigos e critérios do SBBrazil (2010). Foram examinados 212 adultos de ambos os sexos. O desfecho do estudo foi a perda dentária, obtido a partir de sua ocorrência (componente “perdido” do Índice CPO-D) e classificado em dois modelos: a) distribuição das perdas dentárias pela mediana de 24 dentes e b) utilizando até 12 dentes perdidos incluindo os anteriores. Foi usado o teste qui-quadrado e exato de Fisher, significativo com $p < 0,05$, considerando o modelo de regressão logística múltipla. **Resultados:** Observou-se que o valor médio do CPO-D foi 27,0, sendo perdas dentárias o componente mais expressivo, com média de 23,05 não havendo significância entre os sexos ($p = 0,665$). Cerca de 83% da amostra estudou até 8 anos e 52,9% recebiam 1 salário mínimo ou mais, não apresentando relação com a perda dentária. O tempo da última visita ao dentista maior que 1 ano foi de 72,6% ($p = 0,00$) tanto para a mediana de perda de 24 dentes e quanto para de 12 dentes; os que apresentaram a revisão/prevenção como motivo da última consulta tiveram respectivamente 89,59% e 71,87% menor de chance de perder os dentes; em relação aqueles que perderam até 12 dentes e que classificaram a qualidade de vida em saúde bucal com mais de um impacto obteve $p = 0,05$ apresentando chance 2,25 vezes maior de perda dentária quando comparado com os que classificaram sem impacto, sendo variáveis que apresentam relação com a perda dentária. **Conclusão:** Nos dois modelos estudados as variáveis tempo e motivo da última consulta apresentaram-se como fatores de risco e proteção semelhantes, independente do número de dentes perdidos.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Perda de Dente; Adultos.

ABSTRACT

Introduction: In the adult stage of life occurs the greatest number of tooth loss, which causes an increasing number of edentulous. **Objective:** This study examined factors related to tooth loss in adults and elderly of a medium-sized municipality in northeastern Brazil. **Methodology:** This study was a study of observational, cross-sectional ecological and done through home visits using the codes and criteria of SBBrasil (2010). 212 adults of both sexes were examined. The outcome of the study was tooth loss, obtained from its occurrence ("missing teeth" component of DMFT index) and classified in two models: a) distribution of tooth loss by the median of 24 teeth and b) using up to 12 missing teeth including the foregoing. We used the chi-square and Fisher exact test, significant with $p < 0.05$, considering the multiple logistic regression model. **Results:** It was observed that the mean value of DMFT was 27.0, and tooth loss the most significant component, averaging 23.05 with no significant difference between the sexes ($p = 0.665$). About 83% of the sample studied up to 8 years and 52.9% received one minimum wage or more, showing no relationship to tooth loss. The time of the last visit to the dentist greater than 1 year was 72.6% ($p = 0.00$) for both the median loss of teeth 24 and the tooth 12 for; those who presented the review / prevention as a reason for the last consultation were respectively 89.59% and 71.87% lower chance of losing teeth; towards those who have lost up to 12 teeth and who rated the quality of life in oral health with more of an impact obtained $p = 0.05$ chance presenting 2.25 times more tooth loss compared with those who rated no impact, and variables presenting relation to tooth loss. **Conclusion:** In both the variables and time of last visit reason models studied presented themselves as risk factors and similar protection, regardless of the number of missing teeth.

Keywords: Oral Health, Tooth Loss, Adult.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPO-D	Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
DM	Diabetes Melitus
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança de 95,0%
LI	Limite inferior
LS	Limite superior
ODDS	Razão de chances
OHIP-14	Perfil do Impacto da Saúde Bucal
OIDP	Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
OMS	Organização Mundial de Saúde
p=	Probabilidade
ROC	Receiver operator characteristic curve
SBBrazil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CAPÍTULO 1.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
RESULTADOS.....	9
DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÃO.....	18
3. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	22
4. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS*.....	24
APÊNDICES.....	26
ANEXO.....	30

1. INTRODUÇÃO

A consciência adquirida da importância de uma vida saudável tem sido refletida na prevenção das doenças, aumentando assim, a expectativa média de vida da população. A saúde tem se tornado um fator que envolve uma equipe multiprofissional, tendo o dentista desempenhado seu papel na prevenção das doenças bucais.

A Diabetes Melitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) são exemplos de doenças que estão atingindo grande número de pessoas e podem ser consideradas significativas na comunidade. Elas podem estar relacionadas com alimentação exagerada ou inadequada, ao sedentarismo e aos maus hábitos que causam outras patologias, assumindo um papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade¹.

A comunidade tem sido chamada a ser protagonista no sistema de desenvolvimento de saúde, a qual está inserida como foco principal para haver a própria prestação de cuidado na atenção primária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como reorientadora da atenção básica no Brasil, desenvolvendo cuidados primários importantes, inclusive tendo um dos focos a saúde bucal, sendo facilitado, entre outros motivos, pela localização da Unidade, que geralmente é perto das casas das pessoas².

No que tange à determinação social das perdas dentárias, as características demográficas e socioeconômicas desempenham um papel importante na distribuição desse agravo na população³. No Brasil, é alto o número de indivíduos com perda do elemento dentário, e continua sendo um desafio para a saúde pública⁴⁻⁶, representando o acúmulo de agravos à saúde bucal ao longo da vida dos indivíduos, apesar da existência de tratamento e intervenção preventiva; e também, por impactar de forma negativa a qualidade de vida dos indivíduos desdentados⁴.

O número de dentes presentes na cavidade bucal interfere diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e seu impacto pode ser expresso pela diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, bem como por prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com reduções da autoestima e da integração social^{7,8}.

Estudos epidemiológicos nacionais foram realizados no Brasil visando retratar a saúde bucal da população. No primeiro levantamento epidemiológico, em 1986, mostrou que 22,5% na população brasileira de 35-44 anos, apresentaram tendo o componente dentário perdido. No Projeto SBBrasil (2003)⁹, foi encontrado que 65,7% dos adultos apresentaram dentes perdidos e no último levantamento epidemiológico realizado, SBBrasil (2010)¹⁰, 43,75% tinham algum componente perdido.

Estudo realizado na zona urbana de Belo Horizonte, Minas Gerais³ apontou o valor 5,3 como média do número de dentes perdidos. A maior prevalência de perda dentária foi observada em adultos com baixo capital social (47,0%); naqueles com idade de 40 a 44 anos (60,2%) e os que cursaram apenas o ensino fundamental 66,3%. Ficou justificado, pois, que quanto mais velho o indivíduo, maior será o tempo que o dente ficará exposto aos fatores de riscos na cavidade bucal.

A perda dentária tem relação com diversos fatores. Em Pernambuco¹¹ foi observado que a idade foi a variável que apresentou maior razão de prevalência, sendo observada uma prevalência 10 vezes maior para perda dentária superior a 12 dentes. A escolaridade, por sua vez, foi outra variável fortemente associada à perda dentária. Pessoas analfabetas apresentaram 4,6 vezes maior prevalência de perda dentária quando comparadas àquelas com escolaridade igual ou superior a nove anos de estudo.

Outro estudo desenvolvido em Piracicaba¹² mostrou que a idade mais avançada é fator de aumento da prevalência de perda dentária, observando que a média de dentes perdidos foi 8,52, enquanto que para os mais jovens, de 20 a 44 anos, foi 3,30 ($\pm 3,77$), já para os adultos de 45 a 64 anos apresentaram resultado de 14,68 ($\pm 9,97$), de forma geral, viu-se que 27,4% apresentaram menos de 21 dentes. Já no estudo¹³ feito com pessoas de 65 anos em Londres, onde 81% tiveram 21 ou mais dentes naturais presentes na boca, apresentando uma média do Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14) de 6,25.

Segundo o estudo¹⁴ realizado em Minas Gerais, também existe acentuada prevalência de perdas dentárias entre adultos com mais idade, não obstante haja uma tendência de queda observada na população brasileira. Do total de perdas dentárias, as ocasionadas por cárie representaram 86%, com uma média de 8,2 dentes perdidos por adulto. O número médio de dentes perdidos por

cárie foi de 7,03. Dessas perdas, 83,2% dos adultos já haviam sofrido pelo menos uma perda por cárie.

Embora as doenças bucais estejam relacionadas ao contexto social, a perda dentária vai além desse fato, mostrando a existência de fatores moduladores e confundidores que justificam o grande número de desdentados no Brasil. Assim, podemos observar que a perda do elemento dentário pode trazer consequências biopsicossociais, sendo então, necessário delinear programas específicos de tratamento com abordagem multiprofissional, vislumbrando a melhoria da qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos evidenciam demandas em saúde bucal importantes e podem nortear para o planejamento e avaliação de estratégias a serem adotadas. Por outro lado, avaliar as perdas dentárias de forma a classificar a quantidade de dentes perdidos e sua localização na cavidade bucal faz-se necessário para o entendimento das perdas dentárias na comunidade.

Estudo desenvolvido em Piracicaba¹² teve por objetivo avaliar a perda dentária e os fatores associados com uma nova classificação, considerando a posição dos dentes perdidos na cavidade bucal. Observou-se que a idade foi associada a perdas dentárias. A classificação permitiu diferenciar variáveis de acordo com a posição ou o número de dentes perdidos. Observou-se associação entre a idade e classe social baixa à perda dentária. A classificação da perda dentária com base na posição e o número de dentes perdidos, permitiu identificar condições clínicas e fatores de comportamento, como a utilização de serviço odontológico. Os autores sugerem estudos de perda dentária com base quantitativa e qualitativa da posição dos dentes na cavidade bucal.

Poucos são os estudos que levem em considerações fatores associados ao uso de serviços odontológicos, com foco no tempo, motivo e local, assim esse estudo teve o objetivo de verificar a prevalência de perdas dentárias em sujeitos diabéticos e/ou hipertensos usuários de uma Unidade Saúde da Família em um município de médio porte no nordeste do Brasil, bem como observar os fatores relacionados à perda dentária.

2. CAPÍTULO 1

ARTIGO: Caderno de Saúde Pública

Fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte no Nordeste do Brasil

Factors related to tooth loss in adults and elderly of a medium-sized municipality in northeastern Brazil

Perdas dentárias em adultos e idosos de um município de médio porte

Fabiana Barros Marinho Maia¹, Franklin Delano Soares Forte², Fábio Correia Sampaio², Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas²

²Departamento de Clínica e Odontologia Social. Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Cidade Universitária, 58.051-900 João Pessoa, PB, Brazil. fds@terra.com.br

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO/CCS/UFPB), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Cidade Universitária, 58.051-900 João Pessoa, PB, Brazil

RESUMO

Objetivou-se verificar os fatores relacionados às perdas dentárias em adultos e idosos. O estudo foi realizado através de visita domiciliar e examinou 212 adultos. O desfecho do estudo foi classificado em: a) distribuição das perdas dentárias pela mediana de 24 dentes e b) utilizando até 12 dentes perdidos incluindo os anteriores. Foi usado teste qui-quadrado e exato de Fisher, com $p < 0,05$, considerando o modelo de regressão logística múltipla. Observou-se que o valor médio do CPO-D foi $27,0 \pm 5,6$, $p = 0,665$. 83% estudou até 8 anos e 52,9% recebiam 1 salário mínimo ou mais, não apresentando relação com a perda dentária. Quanto à última visita ao dentista, o maior tempo foi 72,6% para 24 e 12 dentes perdidos; a prevenção na última consulta tem respectivamente 89,59% e 71,87% menor de chance de perder os dentes; em relação aqueles que perderam até 12 dentes apresenta chance 2,25 vezes maior de perda quando comparado com os que classificaram sem impacto. Assim, as variáveis tempo e motivo dessa última consulta apresentaram-se como fatores de risco e proteção semelhantes nos dois modelos.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Perda de Dente; Adultos.

ABSTRACT

This study aimed to identify factors related to tooth loss in adults and the elderly. The study was conducted through a home visit and examined 212 adults. The study outcome was classified as: a) distribution of tooth loss by the median of 24 teeth and b) using up to 12 missing teeth including the previous ones. It used chi-square and Fisher exact test, $p < 0.05$, considering the multiple logistic regression model. It was observed that the average value of DMFT was $27.0, \pm 5.6$, $p = 0.665$. 83% studied up to 8 years and 52.9% received one minimum wage or more, showing no relationship to tooth loss. As for the last visit to the dentist, as long it was 72.6% for 00:12 missing teeth; prevention in the last query is respectively 89.59% and 71.87% lower chance of losing teeth; towards those who have lost up to 12 teeth has 2.25 times greater chance of loss when compared to those who rated no impact. Thus, the variables time and reason for the last visit it is presented as risk factors and protection similar in both models.

Keywords: Oral Health, Tooth Loss, Adult.

INTRODUÇÃO

A cidade de Santa Rita tem 133.927 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio, apresentando o valor de 0,627. Sua rede de saúde tem uma cobertura de 83,81% da população, sendo composta por 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento, 32 equipes de saúde da família com a saúde bucal inclusa e 1 Centro de Especialidades Odontológicas¹.

A pesquisa com os usuários da UBS teve a participação de uma amostra uniforme composta por Hipertensos e Diabéticos que já foram diagnósticos pelo médico, e a maioria são acompanhados e recebem medicação na Unidade. A Unidade foi construída no ano de 2006 e sempre contou com uma equipe de saúde completa, mas no último ano, o município tem passado por uma crise na saúde, o que tem dificultado o acompanhamento mais de perto dessa população, inclusive pela falta de médico, materiais de insumos. Assim, apesar de haver o acesso facilitado a esse grupo, a falta de material tem impossibilitado que muitos usuários tenham seu acompanhamento realizado com uma atenção integral.

Atualmente pode-se observar que um grande número de adultos está mantendo seus dentes naturais à medida que envelhecem e continuando a usar os serviços odontológicos², porém, isso não é uma realidade globalizada, pois a perda dentária severa foi classificada como sendo uma das cem doenças que mais atinge a saúde da população

mundial, de acordo com a classificação do Global Burden Disease 2010³. No Brasil, é observado um alto percentual de dentes perdidos na população de adultos e idosos⁴⁻⁷

A perda de dentes muitas vezes é compreendida pela população como traumática e associada com o envelhecimento⁸. No entanto, a manutenção de dentes naturais em idade mais avançada pode aumentar o risco de cárie dentária e doença periodontal. Com o avanço da idade, existe a dificuldade motora para realização da higiene bucal, produção de saliva, associação com medicamentos e qualidade da saliva produzida².

As consequências das doenças bucais não tratadas resultam, a perda de dentes, trazendo a diminuição da capacidade mastigatória, diminuição da ingestão nutricional, capacidade cognitiva alterada, problemas com a fala, diminuição na qualidade de vida, diminuição das interações sociais, e complicações de outros problemas de saúde crônicos existentes².

Tem sido percebido que o número, localização e distribuição da falta de dentes também interferem psicologicamente nos sujeitos⁹, sendo referido que o número e a distribuição do comprometimento provavelmente são variáveis dependentes na qualidade de vida¹⁰. O impacto na qualidade de vida decorrente de perdas dentárias inclui desordens da função mastigatória, fonação, perda de suporte facial, comprometimento estético, prejuízo na aceitação social e inserção no mercado de trabalho⁸.

Estudo se faz necessário para o melhor entendimento de como se distribui a perda dentária na população, identificando os fatores de riscos, servindo de apoio ao planejamento na reabilitação, já que é um dos problemas de saúde bucal mais prevalentes no mundo trazendo impacto na qualidade de vida^{3,7} e também para identificar diversos fatores relacionados às diferentes condições de perdas dentárias⁷. Além de demandar a necessidade de reposições dentárias pelas próteses.

Embora as doenças bucais estejam relacionadas ao contexto social, a perda dentária vai além desse fato, mostrando a existência de fatores moduladores e confundidores que justificam o grande número de desdentados no Brasil. Assim, podemos observar que a perda de elementos dentais pode trazer consequências biopsicossociais, sendo então, necessário delinear programas específicos de tratamento com abordagem multiprofissional, vislumbrando a melhoria da qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos evidenciam demandas em saúde bucal importantes e podem nortear para o planejamento e avaliação de estratégias a serem adotadas. Por outro lado, avaliar as perdas dentárias de forma a classificar a quantidade de dentes perdidos e

sua localização na cavidade bucal faz-se necessário para o entendimento das perdas dentárias na comunidade.

Estudo desenvolvido em Piracicaba⁷ teve por objetivo avaliar a perda dentária e os fatores associados com uma nova classificação, considerando a posição dos dentes perdidos na cavidade bucal. Observou-se que a idade foi associada a perdas dentárias. A classificação permitiu diferenciar variáveis de acordo com a posição ou o número de dentes perdidos. Observou-se associação entre a perda dentária com a idade avançada e baixa classe social. A classificação da perda dentária com base na posição e o número de dentes perdidos, permitiu identificar condições clínicas e fatores de comportamento, como a utilização de serviço odontológico. Os autores sugerem estudos de perda dentária com base quantitativa e qualitativa da posição dos dentes na cavidade bucal.

Poucos são os estudos que levem em considerações fatores associados ao uso de serviços odontológicos, com foco no tempo, motivo e local, assim esse estudo teve o objetivo de verificar a prevalência de perdas dentárias em sujeitos diabéticos e/ou hipertensos usuários de uma Unidade Saúde da Família em um município de médio porte no nordeste do Brasil, bem como observar os principais fatores relacionados à perda dentária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo observacional, ecológico e transversal, com a participação de adultos hipertensos e/ou diabéticos que moram na área de abrangência de uma ESF situada em uma cidade de médio porte do nordeste do Brasil. Está situada na Região Metropolitana a 11 Km da Capital João Pessoa, estado da Paraíba. A população do município está distribuída em 726 km² de área segundo dados do Censo Demográfico 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹¹.

A amostra, do tipo probabilística, foi calculada com base no número de diabéticos e/ou hipertensos do cadastro do HIPERDIA da Unidade Saúde da Família e segundo os seguintes parâmetros: prevalência de perdas dentárias entre indivíduos adultos de 53,7%, conforme dados do SB Brasil para região Nordeste de 2010¹², erro-padrão de 5,0% e intervalo de confiança de 95,0%. Foi acrescentado mais 20% para compensar possíveis perdas ou recusas, e dessa forma foram examinados 212 hipertensos e diabéticos. Adotou-se a amostragem por conglomerado em duplo estágio. Primeiro, as famílias foram listadas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), posteriormente realizou-se o sorteio dos indivíduos que participaram do estudo.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser diabético e/ou hipertenso cadastrado no SIAB. Foram excluídos da amostra os que apresentarem algum impedimento físico e/ou mental para responder às perguntas da entrevista.

O grupo de diabéticos e/ou hipertensos foi escolhido por ser um público que frequenta regularmente a Unidade de Saúde e, na maioria deles, está sempre procurando o controle de suas patologias por já ter o diagnóstico médico para hipertensão e/ou diabetes, nos permitindo conhecer a realidade de saúde bucal que esse grupo está inserido.

Realizou-se uma entrevista, composta de perguntas objetivas, que abordou caracterização socioeconômica, utilização dos serviços odontológicos e a morbidade bucal referida, autopercepção dos impactos da saúde bucal e OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário), e fatores de risco a saúde.

Adicionalmente, realizou-se os exames intra-bucais, os quais foram realizados na presença de luz natural por intermédio de inspeção visual e tátil, nas áreas livres do domicílio, com auxílio de jogos clínicos contendo instrumentos padronizados pela Organização Mundial da Saúde (espelhos bucais planos com cabo e sonda) estéreis e o examinador utilizando os equipamentos de proteção individual. Utilizou-se os códigos e critérios para cárie dentária e necessidade de tratamento da OMS¹³. Apenas um examinador realizou a coleta, sendo previamente treinado com Kappa intraexaminador (k) = 0,98 para a coroa dentária e 0,99 para raiz.

Após coletados, os dados foram trabalhados pela estatística descritiva e submetidos ao teste estatístico qui-quadrado e exato de Fisher considerado significativo ao nível de 5%. O desfecho do estudo foi a perda dentária, obtido a partir de sua ocorrência (componente “perdido” do Índice CPO-D) e classificado em dois modelos distintos: distribuição das perdas dentárias pela mediana de 24 dentes perdidos e outro utilizando até 12 dentes perdidos⁷ incluindo os anteriores. As variáveis independentes foram dicotomizadas da seguinte maneira: sexo (masculino e feminino), renda em salários mínimos (até 1 salário mínimo ou mais 1 salário mínimo), escolaridade em anos (até 8 anos ou mais 8 anos), número de cômodos (até 6 ou 7 ou mais), número de pessoas que residem na mesma casa (até 3 ou 4 ou mais); tempo de última consulta odontológica (menos 1 ano ou 1 ou mais anos), motivo da última consulta (revisão ou tratamento); OIDP(sem impacto ou com impacto); autopercepção de necessidade de tratamento odontológico (sim ou não); autopercepção geral (ótima, regular ou péssima); autopercepção dos dentes (satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito ou insatisfeito), fatores de risco a saúde (sim ou não), prática atividade física (sim ou não). Considerou-se o

método de seleção stepwise como descrito em Hosmer e Lemeshow (1989)¹⁴ para modelos de regressão com resposta binária. Os p-valores de inclusão e exclusão das variáveis no modelo foram respectivamente 0,20 e 0,25.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba - CEP/UFPB, CAE 35493114.4.0000.5188. O estudo foi conduzido de acordo com os princípios da Declaração de Helsinki, tendo os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Nesse estudo não se observou recusas, assim a taxa de resposta foi de 100%. A amostra total foi de 212 adultos e idosos, observou-se que todos voluntários teve experiência de perda em pelo menos 1 elemento dentário.

A tabela 1 mostra a distribuição entre a perda dentária e as covariáveis que foram significantes de acordo com as condições socioeconômicas, utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida, auto percepção e impactos em saúde bucal e fatores modificáveis utilizando dois modelos relacionados à perda dentária. Na análise descritiva constatou-se que a maioria dos examinados foi mulheres; predominou a escolaridade de até 8 anos. Quanto ao tempo e motivo da última consulta, 72,6% procuraram o dentista há 1 ou mais anos e 97,6% procuraram para realização de tratamento, sendo que 60,9% percebem a necessidade de tratamento e que a maioria, 71,2% refere sofrer algum tipo de impacto negativo com relação a perda dentária.

Tabela 1: Distribuição das perdas dentárias em dois modelos (mediana de até 24 dentes perdidos e até 12 dentes perdidos) em adultos e idosos, segundo as variáveis independentes. Santa Rita, PB/2015.

Variáveis	Perda dentária		OR IC 95%	p valor	Perda dentária		OR IC 95%	p valor
	≤24 dentes %	>24 dentes %			≤12 dentes %	>12 dentes %		
Sexo								
Masculino	10,4	14,6	1,2	0,426	3,8	21,2	1,3	0,35
Feminino	35,8	39,2	0,68-2,42		14,2	60,8	0,55-3,06	
Renda								
Até 1 Salário mínimo	22,6	24,5	1,1	0,625	9,9	37,3	1,4	0,270
Mais 1 Salário mínimo	23,6	29,2	0,66-1,96		8,0	44,8	0,73-3,00	
Escolaridade								
Até 8 anos	34,9	48,1	0,36	0,007*	13,7	69,3	0,59	0,224
Mais 8 anos	11,3	5,7	0,17-0,77		4,2	12,7	0,25-1,38	
Tempo Última consulta								
Menos 1 ano	19,8	7,5	4,49	0,000*	9,4	17,9	3,97	0,00*
1 ou mais anos	26,4	46,2	2,36-8,91		8,5	64,2	1,91-8,26	

Motivo da última consulta								
Revisão	1,9	0,5	4,80	0,141	1,4	0,9	7,3	0,041*
Tratamento	44,3	53,3	0,52-43,7		16,5	81,1	1,18-45,7	
OIDP								
Sem impacto	15,1	13,7	1,42	0,247	8,0	20,8	2,3	0,016*
Com impacto	31,1	40,1	0,78-2,58		9,9	61,3	1,15-4,93	
Auto percepção de necessidade de tratamento								
Sim	40,1	20,8	10,4	0,000*	15,1	45,8	4,2	0,001*
Não	6,1	33,0	5,1-20,8		2,8	36,3	1,68-10,6	
Auto percepção da Saúde Geral								
Ótima	7,1	8,0		0,48	5,2	9,9		0,017*
Regular	28,3	29,2			9,9	47,6		
Péssima	10,8	16,5			2,8	24,5		
Auto percepção dos Dentes								
Satisfeito	12,3	24,1		0,022*	7,1	29,2		0,366
Nem satisfeito, nem insatisfeito	7,1	5,7			3,3	9,4		
Insatisfeito	26,9	24,1			7,5	43,4		

***Valores significativos**

Na Tabela 2, foi utilizado dois modelos, um demonstrou a mediana de 24 dentes perdidos e outro com 12 dentes perdidos incluindo os anteriores. Foi utilizado as estimativas de p-valores, odds, limite inferior e limite superior associados às variáveis explicativas. Para o modelo inicial da mediana dos 24 dentes, ajustado considerando todas as variáveis, observa-se que as covariáveis tempo desde a última consulta odontológica, auto percepção da necessidade de tratamento, fatores de risco à saúde e atividade física foram significativas ao nível de 5%, com valores de p respectivamente de 0,00, 0,00, 0,01 e 0,00.

Já para a perda dentária de até 12 dentes incluindo os anteriores, observa-se que as covariáveis auto percepção da necessidade de tratamento odontológico e tempo desde a última consulta odontológica foram significativas ao nível de 5%, cujos p-valores foram 0,00 para ambos os fatores. As razões de chances estimadas para essas variáveis permitem caracterizar a perda dentária da população de interesse. Por exemplo, a chance de um usuário com tempo desde a última consulta maior que 1 ano perder 12 dentes ou mais, é 3,70 vezes maior em relação a pacientes com tempo desde a última consulta odontológica de até 1 ano. Uma interpretação análoga é obtida para a variável tratamento, cuja Odds indica que pacientes com auto percepção da necessidade de tratamento odontológico apresentam um menor risco de perda dentária em relação aqueles que não possuem.

Tabela 2. Estimativas dos p-valores, odds, LI, LS para os modelos logísticos. Dados de perda dentária. Santa Rita, PB/2015.

Variável	24 dentes				12 dentes			
	p-valor	OR	LI	LS	p-valor	OR	LI	LS
Sexo	0,81	0,90	0,38	2,10	0,90	1,06	0,38	3,16
Renda	0,46	1,32	0,62	2,87	0,36	1,51	0,62	3,73
Escolaridade	0,06	0,35	0,11	1,02	0,73	1,20	0,41	3,77
Número de cômodos	0,56	1,24	0,58	2,63	0,65	0,82	0,34	1,93
Número de pessoas	0,13	0,55	0,24	1,19	0,63	1,23	0,51	2,98
Tempo última consulta	0,00*	3,26	1,43	7,73	0,00*	3,70	1,55	9,10
Motivo última consulta	0,16	0,05	0,00	1,33	0,12	0,18	0,01	1,57
OIDP	0,18	1,76	0,77	4,15	0,13	2,00	0,80	5,00
Tratamento	0,00*	0,09	0,03	0,22	0,00*	0,21	0,06	0,61
Auto percepção geral – Ótimo	0,49	0,68	0,22	2,03	0,05	0,35	0,12	1,02
Satisfação(satisfeito e muito satisfeito)	0,21	1,68	0,73	3,91	0,27	0,58	0,22	1,52
Saúde controlada	0,49	1,38	0,54	3,57	0,93	0,95	0,28	2,84
Fatores de risco à saúde	0,01*	10,66	2,04	90,49	0,73	0,75	0,14	3,86
Atividade Física	0,00*	12,80	2,45	109,60	0,85	1,15	0,24	5,88

Na tabela 3, apresenta-se as estimativas dos p-valores, Odds e os limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% para o modelo logístico final dos dois modelos. As variáveis foram selecionadas através do algoritmo Stepwise com p-valores de inclusão e exclusão de 0,20 e 0,25, respectivamente.

Na mediana de 24 dentes perdidos, observamos que as variáveis escolaridade, tempo desde a última consulta odontológica, auto percepção da necessidade de tratamento foram significativas ao nível de significância de 5% com base na seleção Stepwise, cujos o-valores foram 0,01, 0,00 e 0,00, respectivamente. As razões de chances estimadas para essas variáveis permitem caracterizar a perda dentária da população de interesse. Com base nos resultados é possível verificar que as variáveis tratamento e escolaridade, configuram-se como fatores de proteção para a perda dentária. A Odds para a variável tratamento indica que pacientes com auto percepção da necessidade de tratamento odontológico apresentam um menor risco de perda dentária em relação aqueles que não possuem. Vale destacar, que nesse caso, o risco reduz em 90%. Com relação à escolaridade, nota-se que

pacientes com maior nível de instrução apresentam menor chance de perder os dentes. Especificamente, usuários com tempo de estudo maior ou igual a 8 anos apresentam uma chance 67% menor de perda dentária em relação aqueles que apresentam menos de 8 anos de estudo. Em contrapartida, a variável tempo desde a última consulta é um fator de risco para a perda dentária. A Odds para essa variável indica que chance de um usuário com tempo desde a última consulta maior que 1 ano perder 24 dentes ou mais é 2,77 vezes maior em relação a pacientes com tempo desde a última consulta odontológica de até 1 ano.

No modelo dos 12 dentes perdidos incluindo os anteriores verifica-se que as variáveis tempo desde a última consulta odontológica, tratamento, auto percepção e OIDP foram significativas ao nível de significância de 5%. Com base nos resultados é possível verificar que as variáveis tratamento e auto percepção geral configuram-se como fatores de proteção para a perda dentária. As estimativas da Odds para essas variáveis indicam que usuários que apresentam auto percepção da necessidade de tratamento e que classificam a satisfação com os dentes como ótima, apresentam uma chance de perda dentária 72% e 65% menor, respectivamente. Para a variável qualidade de vida e tempo desde a última consulta são fatores de risco para a perda dentária. Em particular, pacientes com tempo desde a última consulta maior que 1 ano apresentam uma chance de perda dentária 3,61 vezes maior do que aqueles que apresentam tempo desde a última visita de até 1 ano. Já para a variável OIDP, verifica-se que usuários que classificaram essa variável com mais de 1 impacto apresentam uma chance de perder os dentes 2,25 vezes maior em relação aqueles que disseram não haver nenhum impacto.

Tabela 3. Estimativas dos p-valores, odds, LI, LS para os modelos logísticos finais. Dados de perda dentária. Santa Rita, PB/2015.

Variável	24 dentes				12 dentes			
	p-valor	OR	LI	LS	p-valor	OR	LI	LS
Escolaridade	0,01	0,32	0,12	0,79	*	*	*	*
Tempo última consulta	0,00	2,77	1,33	5,97	0,00	3,61	1,61	8,28
Tratamento	0,00	0,10	0,04	0,21	0,01	0,28	0,09	0,71
Auto percepção geral – Ótimo	*	*	*	*	0,03	0,35	0,13	0,93
OIDP	*	*	*	*	0,05	2,25	0,98	5,16

*Fatores não significativos para este modelo.

Para validar os resultados obtidos a partir do modelo logístico, torna-se imprescindível avaliar a adequação do modelo estimado aos dados. Nesse sentido, aplicou-se o teste de adequação proposto por Hosmer e Lemeshow (1969)¹⁴. Com base no teste, e fixando um nível de significância de 5%, conclui-se que não há indícios de que o modelo estimado não seja adequado para caracterizar a perda dentária dos pacientes de uma Unidade de Saúde, sendo um modelo válido estatisticamente.

Construímos a curva ROC para os modelos estimados e assim avaliar o seu poder de discriminação. No modelo da mediana dos 24 dentes perdidos, a estimativa da área sob a curva ROC foi de 0,8053 com intervalo de confiança de 95% de [0,7499-0,8607]; já para a perda de até 12 incluindo os anteriores, a estimativa da área sob a curva ROC foi de 0,8007 com intervalo de confiança de 95% de [0,7293-0,8722], ambas sendo classificadas com um poder de discriminação excelente. Além disso, são apresentados o ponto de corte para classificação dos indivíduos e os respectivos valores de especificidade e sensibilidade. O percentual de acertos total do modelo foi de 73,11% e 74,06%, respectivamente.

Esse modelo logístico estimado permitiu identificar os principais fatores potencialmente relacionados à perda dentária dos usuários de Unidade Saúde da Família em um município de médio porte no nordeste do Brasil permitindo propor medidas estratégicas que minimizem a perda dentária nessa população.

DISCUSSÃO

O cálculo amostral, o treinamento do examinador, a entrevista e exame clínico realizado no domicílio de cada examinado, a análise dos dados foram etapas realizadas de forma cuidadosa que permitiram um estudo com confiabilidade dos dados apresentados nesse estudo. O número de participantes que fez parte da amostra foi maior que o mínimo calculado, pois acrescentamos 20% no cálculo amostral considerando possíveis perdas e ainda não obtivemos recusas de nenhum participante. Esse artigo teve como base outros estudos publicados e seguem aspectos metodológicos coerentes.

Foi um trabalho pioneiro na localidade estudada, sem dados anteriormente cadastrados e que diante do contexto socioeconômico que a população vive, esses registros ajudarão no planejamento de ações voltadas a essa comunidade, que apesar de ter a limitação de ser um estudo transversal, que não tem o poder de realizar inferência causal, será um indicativo de baseline para estudos futuros.

Observou-se a presença de mulheres de forma significativa na amostra estudada. Sabe-se que as mulheres possuem uma maior longevidade e em função de procurar mais os serviços de saúde e de se expor menos a fatores de riscos ao adoecimento e participarem mais de atividades em grupo tendem a viver mais^{15,16}. Por outro lado, recorda-se que o estudo foi com coleta domiciliar em horário comercial, a população economicamente ativa encontrava-se provavelmente trabalhando.

Em função da longevidade e do surgimento de doenças crônicas e degenerativas, os serviços de saúde têm o desafio de ofertar atenção buscando a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações. Dentre o grupo de interesse estão os hipertensos e diabéticos. É importante estudar a condição de saúde bucal dessa população com vistas ao planejamento, execução e avaliação de ações dirigidas a essa população.

Dentre esses agravos está a perda dentária, que além dos aspectos epidemiológicos pesquisados, devemos estar cientes das alterações fisiológicas que acontecem na cavidade bucal com o avanço da idade e as repercussões na própria saúde e qualidade de vida que acometem esses pacientes com a perda dentária. Assim, nosso estudo teve a preocupação em conhecer entre outros fatores, aqueles referentes à última consulta, como o motivo e o tempo desta última consulta que traz consequências na qualidade de vida em virtude da perda dentária.

Em relação a classificação das perdas dentárias foi considerada as perdas dentárias por cárie e doença periodontal, incluindo ainda os dentes ausentes congenitamente ou por motivos ortodônticos que já era critério da OMS¹³.

Não se observou relação entre o desfecho estudado e algumas variáveis socioeconômicas, como ocorreu no estudo realizado no Sul do Brasil¹⁷. Ressalta-se o fato da população estudada apresentar pouca variação socioeconômica, cultural e de acesso a serviços de saúde e odontológico, o que a torna o universo homogêneo, com distribuição uniforme dos agravos. Outra característica da amostra é que são usuários cadastrados na USF como hipertensos e diabéticos, ou seja, aqueles que são usuários dos serviços de saúde. Por outro lado, o território da população estudada é "SUS dependente".

Interessante destacar que em ambos modelos adotados a extração se destacou como motivo principal da última consulta. Faz-se necessário refletir sobre a oferta de serviços odontológicos na perspectiva da clínica como nas estratégias de promoção de saúde bucal. É sabido que o local de moradia pode influenciar nas perdas dentárias, mas se faz necessário levar em consideração a oferta de serviços nessa comunidade, às condutas resultantes dos hábitos, o modo de vida que esses indivíduos vivem e a maneira como estes

interagem em conjuntos¹⁸. Assim, a necessidade de tratamento dentário está relacionada ao cuidado com a saúde bucal, e que o tratamento odontológico são fatores modificadores em relação aos aspectos socioeconômicos vividos os quais são desigualmente observados nas populações¹⁹.

Foi observado que a perda de 12 dentes esteve relacionada à variável fator de impacto, diferente daqueles que perderam os 24 dentes. Esse impacto reflete no fato dos 12 dentes incluírem os anteriores, mostrando que o incomodo referido não é a quantidade de dentes perdidos, e sim, a localização dessa perda, corroborando com o estudo¹⁰ onde a distribuição da perda causa comprometimento, e interfere diretamente na qualidade de vida.

Também foi visto em nosso estudo que um número significativo de sujeitos que perderam mais de 24 dentes indicaram não necessitar de tratamento odontológico, esse fato pode estar associado ao edentulismo e provavelmente pelo entendimento de que para o tratamento odontológico é necessário ter dentes naturais presentes²⁰. Assim, intervenções planejadas para promoção da saúde bucal com o objetivo de socializar saberes e práticas parecem ser mais efetivas se levarmos em consideração hábitos, costumes e valores do grupo estudado e se inseridos numa programação voltada para a hipertensão e diabetes.

Considerou-se para esse estudo um tempo de última consulta menor que dois anos, conforme SB Brasil 2010¹², evitando-se o viés de memória dos sujeitos da pesquisa. Muitos desses adultos ainda têm o hábito de procurar o dentista apenas quando sentem algum incomodo, não compreendendo que a periodicidade de ida ao dentista diminui a chance de perda dentária. Pesquisa²¹ demonstrou que a visita ao dentista com mais de 1 ano de intervalo foi a prevalente no estudo. O desafio para o dentista é minimizar as barreiras existentes para o tratamento de adultos com mais idade, trabalhando na perspectiva de um tratamento odontológico mais acessível para todos, e conseqüentemente diminuindo as perdas dentárias ao longo dos anos². Apesar dos serviços de saúde estarem disponíveis na atenção básica, é necessário haver também o serviço disponível na atenção secundária, pois sem essa opção, a exodontia tem sido utilizada como única alternativa para o alívio da dor²².

Em relação ao motivo de procura ao dentista, vimos que 68,9% citaram a extração como principal motivo; outro estudo¹⁹ verificou que 60% dos voluntários da pesquisa necessitam fazer extração. Estudo²² citou que para os voluntários com dentes perdidos, 57% procuravam dentista por causa da dor, mas outro estudo⁷ apresentou que a procura de atendimento de rotina veio em primeiro lugar, seguido da dor e por último a necessidade de

tratamento. Essa experiência pode ser elucidada de acordo com a região de estudo da pesquisa, já que cada localidade tem seu perfil praticamente definido.

As perdas dentárias estudadas são reflexos do acúmulo de uma vida, incluindo o acesso a serviços odontológicos, a bens e serviços de saúde, acesso a insumos de higiene bucal e orientação sobre o autocuidado, alimentação adequada, dentre outros aspectos, conforme destaca a política nacional de saúde bucal.

Segundo pesquisa da saúde bucal na população brasileira, SBBrasil 2010¹², a média do número de dentes perdidos encontrada na Paraíba foi de 8,51 em adultos de 35-44 anos de idade, que embora seja em regiões diferentes foi semelhante ao estudo⁶ realizado em Minas Gerais com média de 8,2 dentes perdidos por adulto. No Nordeste esse valor aumenta, visto que no Rio Grande do Norte²³, obteve-se uma média de 29,16 e nos dados dessa pesquisa obtivemos a média de 27,09 para o gênero masculino e 26,65 para o feminino, assim, a necessidade de programas direcionados ao atendimento dessa parcela populacional pelos serviços odontológicos, considerando medidas preventivas e educativas em idade mais precoce, para que não venham ter a exodontia como única escolha de tratamento. É evidenciada a necessidade de um modelo de atenção, onde haja mudanças de práticas com a disponibilização de serviços para que o acesso seja facilitado, e assim, se estruture a fim de ofertar ações e atividades de promoção, prevenção e reabilitação distribuídos nos serviços da atenção básica, média e da alta complexidade⁶.

Estudos mostram que^{24,25} as características socioeconômicas e demográficas são associadas às perdas dentárias de maneira importante considerando a extração dos elementos dentários a solução para o alívio da dor. Em nosso estudo, esses valores não foram estatisticamente significantes, o que pode ter sido visto devido ao fato de trabalharmos com uma população que se encontra inserida no mesmo contexto socioeconômico e cultural. É visto que os fatores contextuais referente ao local onde as pessoas vivem e a disponibilidade de água fluoretada está ligado ao aparecimento da cárie, e dessa forma, pode influenciar nas perdas dentárias¹⁸.

Foi visto que em todos os indivíduos da amostra houve a perda de pelo menos um elemento dentário, sendo que as pessoas que apresentavam um maior número de dentes perdidos manifestaram algum impacto negativo da qualidade de vida diária (OIDP). Outro estudo²² observou as mesmas características, discordando com a pesquisa²³ realizada no Rio Grande do Norte com usuários de próteses, onde a maioria dos voluntários não relatou dificuldades na execução das atividades englobadas no OIDP, o que pode ser justificado pelo fato deles já estarem reabilitados com próteses dentárias.

Assim, a perda dentária realmente tem impactado na qualidade de vida das pessoas, pois essa perda torna algumas atividades que são realizadas diariamente com um maior nível de dificuldade^{2,22,26}, o que se torna mais perceptível para o desdentado a medida que vai diminuindo o nível da atividade pelo fato de haver dificuldade em realizar.

Quanto à escolaridade, os indivíduos foram classificados de acordo com os anos estudados (até 8 anos ou mais 8 anos), sabe-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais valor é atribuído ao dente e assim existe um menor número de perdas^{6,7,22}, pois as pessoas mais esclarecidas reconhecem que a prevenção ainda é a melhor maneira de cuidar dos dentes e evitar a perda.

Por outro lado, a perda dentária ainda é vista por muitos como sendo algo natural com o avanço da idade, sendo aceito pela sociedade desde que não interfira na qualidade de vida e que já esteja reabilitado com prótese. Deixando de entender que isso é reflexo da falta de políticas públicas preventivas, e da dificuldade de acesso ainda existente em nosso país.

Diante do exposto a saúde bucal é uma demanda social, devendo ser uma das prioridades nas políticas públicas de saúde. Boas condições de saúde bucal é essencial para a vida das pessoas, falar e poder expressar seus sentimentos, mastigar e saborear os alimentos, relacionar-se com outras pessoas e ter autoestima, influenciam a vida da população de adultos e idosos que já apresentam outras doenças crônicas como a hipertensão e diabetes.

Desde a inserção na estratégia saúde da família em 2000, a instituição da política nacional de saúde bucal e todos os avanços na área desde 2004, os desafios são grandes, e na Cidade estudada, as dificuldades persistem até o momento atual. Espera-se que mais investimentos sejam feitos na saúde bucal na atenção básica considerando a educação permanente das equipes de saúde bucal com foco no processo de trabalho em saúde, ao uso das tecnologias leves e leves duras, melhoria das condições de trabalho e estruturação da rede de atenção a saúde bucal, com vistas a integralidade do cuidado em saúde e a resolutividade das ações. De forma a impactar positivamente nas condições de saúde bucal da população com maior vulnerabilidade social, contribuindo para a diminuição das desigualdades.

O presente estudo contribuiu para o conhecimento das condições de saúde bucal sobre o padrão da distribuição das perdas dentárias em adultos e idosos, mostrando que conforme a política nacional de saúde bucal (Brasil Sorridente) é imprescindível propor

medidas de promoção de saúde bucal e de educação em saúde, bem como melhoria na oferta aos serviços odontológicos, incluindo o acesso a próteses conforme a Política.

Sugere-se outros estudos considerando a gravidade da hipertensão e diabetes e sua repercussão na cavidade bucal, incluindo a perda dentária, inclusive com abordagem qualitativa. Para efeito das análises estatísticas, houve necessidade de agrupar algumas variáveis: tempo de última consulta odontológica em menos 1 ano ou 1 ou mais anos; o motivo da última consulta foi dicotomizado em revisão ou tratamento; no OIDP resumimos que aquele que referiu ter pelo menos um tipo de dificuldade foi classificado como “com impacto”, e para aqueles sem nenhuma dificuldade, “sem impacto”; a autopercepção de necessidade de tratamento odontológico e os fatores de risco a saúde foram estudados como sim ou não; já a autopercepção dos dentes teve a classificação em satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito ou insatisfeito).

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que a perda dentária está presente de forma bastante evidente na vida dos participantes do estudo e impactando nas atividades diárias a serem desempenhadas pelos sujeitos, os quais reconhecem algumas dificuldades vivenciadas que poderiam ser evitadas na presença dos dentes.

As análises mostraram que nos dois modelos, as variáveis tempo dessa última consulta e percepção da necessidade de tratamento, apresentaram-se como fatores de risco e proteção semelhantes, independente do número de dentes perdidos. Quando relata sobre a qualidade de vida (OIDP), percebe-se que é referido algum tipo de impacto para aqueles que perderam até 12 dentes incluindo os anteriores, mostrando que apesar de ter perdido um número menor de dentes que o modelo de 24 dentes, a questão de ter os anteriores perdidos, incomoda de alguma forma e trás impactos. A autopercepção geral de saúde e escolaridade foram fatores relacionados à perda dentária, mas que tiveram significância de acordo com o número de dentes perdidos.

Assim, existe necessidade de tratamento acumulado relacionado a próteses dentárias e por outro lado, há necessidade de incentivo a medidas de promoção e prevenção para a comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) [homepage na internet]. Redes e Programas. [acessado 2015 Jul 05]. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br>>.
2. Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: dental decay and tooth loss. *Dent Clin North Am* 2014; 58:757-70.
3. Marcenes W, Kassebaum NJ, Barnabé E, Flaxman A, Naghavi M, Lopez A, Murray CJL. Global Burden of oral conditions in 1990-2010: A Systematic Analysis. *J Dent Res* 2013; 92:592-7.
4. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saude Publica* 2012; 28:58-68.
5. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Cien Saude Colet* 2014; 19:1849-58.
6. Haikal DAS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, Paula, AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cien saude colet* 2014; 19:287-300.
7. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MLR. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. *Cien saude colet* 2015; 20:2825-35.
8. Polzer I, Schimmel M, Müller F, Biffar R. Edentulism as part of general health problems of elderly adults. *Int Dent J* 2010; 60:143- 55.
9. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 5:126.
10. Polzer I, Schwahn C, Völzke H, Mundt T, Biffar R. The association of tooth loss with all-cause and circulatory mortality. Is there a benefit of replaced teeth? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2012; 16:333-51.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Cidades. [acessado 2015 Jul 15]. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251370&search=paraiba|santa-rita>>.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. Nota para a imprensa. Brasília: MS 2011.
13. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4th Ed. Geneva: World Health Organization, 1997.
14. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Wiley, New York, 1989.
15. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:150-62.
16. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, FERREIRA EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15:841-50.
17. Fischer TK, Peres KG, Kupek E, Peres MA. Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:126-38.
18. Barbato PR, Peres MA, Höfelmann DA, Peres KG. Indicadores contextuais e individuais associados à presença de dentes em adultos. *Rev Saude Publica*. 2015; 49:1-10.
19. Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health* 2014; 23:1097.
20. Patussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JS. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 348-59.
21. Muirhead VE, Marcenes W, Wright D. Do health provider-patient relationships matter? Exploring dentist-patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age Ageing* 2014; 43(3):399-405.
22. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Cien saude colet* 2014; 19:581-90.
23. Machado FCA, Costa APS, Pontes ALB, Lima KC, Ferreira MAF. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Cien Saude Colet* 2013; 18: 3091-100.
24. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica* 2013; 47:78-89.
25. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos

dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002- 2003). Cad Saude Publica. 2007; 23:1803-14.

26. Zhang Q, Witter DJ, Gerritsen AE, Bronkhorst EM, Creugers NH. Functional dental status and oral health-related quality of life in an over 40 years old Chinese population. Clin Oral Investig 2013; 17:1471-80.

3. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Para poder planejar uma ação voltada a determinado público é necessário conhecer a realidade local vivenciada pela comunidade e dessa forma procuramos verificar a prevalência de perdas dentárias em indivíduos diabéticos e/ou hipertensos, mostrando a identificação dos fatores associados às diferentes condições de perdas dentárias.

Considerando que é na fase adulta da vida e associada a algumas patologias que maior número de dentes são do componente perdido, procuramos estabelecer algumas relações entre tais perdas e as condições socioeconômicas, utilização de serviços odontológicos e alguns fatores de risco modificáveis.

4. CONCLUSÃO

A perda dos dentes tem sido alvo de estudos por estar relacionada com a qualidade de vida das pessoas, que de certa forma, pode até impossibilitar a população de exercer suas atividades diárias com qualidade. Essa perda dentária pode está relacionada com algumas covariáveis de estudo, como socioeconômicas, acesso e utilização dos serviços de saúde, e dessas variáveis encontramos que a qualidade de vida (OIDP), o tempo da última consulta, a autopercepção da necessidade de tratamento, autopercepção geral de saúde e escolaridade foram os fatores significativos à perda dentária no nosso estudo a depender do modelo analisado.

REFERÊNCIAS*

1. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(1): 7-19.
2. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy-Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med*. 2015; 4; 372(23):2177-2181.
3. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(6): 1849-1858.
4. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002- 2003). *Cad Saude Publica*. 2007; 23(8): 1803-1814.
5. Roncalli AG, Côrtes MIS; Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*, 2012; 28: 58-68.
6. Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health*. 2014; 23(14): 1097.
7. Polzer I, Schimmel M, Müller F, Biffar R. Edentulism as part of general health problems of elderly adults. *Int Dent J*. 2010; 60(3): 143- 145.
8. Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: dental decay and tooth loss. *Dent Clin North Am*. 2014; 58(4): 757-770.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. Nota para a imprensa. Brasília: MS 2011.
11. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(2): 581-590.
12. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MLR. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. *Ciênc saúde coletiva*. 2015; 20(9): 2825-2835.

13. Muirhead VE, Marcenes W, Wright D. Do health provider-patient relationships matter? Exploring dentist-patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age Ageing*. 2014; 43(3): 399-405.
14. Haikal DAS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, Paula, AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(1): 287-300.

* De acordo com as normas do PPGO/UFPB, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors - Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

APÊNDICES



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TÍTULO DO PROJETO: Fatores relacionados às perdas dentárias em diabéticos e/ou hipertensos em um município de médio porte no nordeste do Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos realizando um estudo com o objetivo de conhecer os fatores relacionados às perdas dentárias em diabéticos e/ou hipertensos em um município de médio porte no nordeste do Brasil. Durante o estudo será realizado uma entrevista e exame clínico intra-bucal. O exame é uma observação da boca, feita no próprio domicílio do participante, com toda técnica, segurança e higiene. Os riscos previsíveis relativos à participação podem ser apenas um mínimo constrangimento em responder as perguntas. Os dados individuais não serão divulgados. A participação é voluntária e a pessoa não será prejudicada caso não queira participar ou desistir da pesquisa a qualquer tempo.

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com Fabiana B. M. Maia através do telefone (83) 8834-4724 ou e-mail fabodonto@gmail.com ou também com o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou email eticaccs@ccs.ufpb.br. Esperamos contar com seu apoio, desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde pública em nosso Estado.

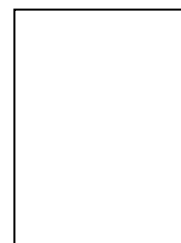
AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado (a) sobre a finalidade da pesquisa “Fatores relacionados às perdas dentárias em diabéticos e/ou hipertensos em um município de médio porte no nordeste do Brasil”, informo que autorizo minha participação e a realização dos referidos procedimentos, e publicação dos resultados/fotografias do presente estudo.

(Assinatura do participante)

(Assinatura da testemunha)

(Assinatura do Pesquisador (a) Responsável)



APÊNDICE B – ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

- 01 – Quantas pessoas, incluindo você, residem nesta casa?
- 02 – Quantos cômodos têm na casa que você mora?
- 03 - Até que ano/série você completou na escola? (anos de estudo)
- 04 - No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos?
- 05 - Quantos bens tem em sua residência?

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E MORBIDADE BUCAL REFERIDA

- 06 - Você (Sr(a) acha que precisa de tratamento dentário? () 1-Sim; () 2-Não; () 8-Não se aplica; () 9-Não sabe
- 07 - Nos últimos 6 meses você (Sr(a) teve dor de dente?() 1-Sim; () 2-Não; () 8-Não se aplica; () 9-Não Sabe
- 08 - Qual destas palavras que melhor descreve sua última dor de dente () 1-Leve; () 2-Desconfortável; () 3-Estressante; () 4-Horrível; () 5-Intolerável; () 8-Não se aplica
- 09 - Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista? () 1-Sim; () 2-Não; () 8-Não se aplica
- 10 - Quando você consultou o dentista pela última vez? () 1-Menos de 1 ano; () 2-1 a 2 anos; () 3-3 anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe
- 11 - Onde foi a sua última consulta? () 1-Consultório particular; () 2-Consultório público; () 3-Outros; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei
- 12 - Qual o motivo da sua última consulta? () 1-Revisão, prevenção ou check-up; () 2-Dor; () 3-Extração; () 4-Tratamento; () 5-Outros; () 6-Não sabe; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei
- 13 - O que o você achou do tratamento na última consulta? () 1-Muito Bom; () 2-Bom; () 3-Regular; () 4-Ruim; () 5-Muito Ruim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14 - Com relação aos seus dentes/boca você está () 1-Muito satisfeito; () 2-Satisfeito; () 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; () 4-Insatisfeito; () 5-Muito insatisfeito; () 9-Não sei
- 15 - Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Que situações se aplicam a você nos últimos seis meses?

Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Os seus dentes o incomodaram ao escovar? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei
Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei
Você deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Você deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei	Você deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? () 0-Não; () 1-Sim; () 8-Não se aplica; () 9-Não sei

FATORES MODIFICÁVEIS

Fatores de risco? () Sedentarismo () Tabagismo anterior () Tabagismo () Álcool

Pratica atividade física? () Não () Sim () Caminhada () Correr () Pedalar () Nadar () Outros

Autopercepção da saúde: () Ótima/Boa () Regular () Péssima/Mal

Uso regular de medicamentos: () Sim () Não () Hipoglicemiantes orais () Insulina () Medicação anti-hipertensiva Qual:

Problemas pra obter remédios? () Sem problemas () Custo () Dificuldade de encontrar () Pega na UBS

Faz acompanhamento médico da Diabetes e/ou Hipertensão? () Sim () Não

Sua Diabetes e/ou Hipertensão é controlada? () Sim () Não

Avaliação Protética

Você considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? sim não

Retenção folgada apertada

Estabilidade deslocamento movimento de báscula

Estética manchas ou fraturas estava adequada ao perfil facial do voluntário

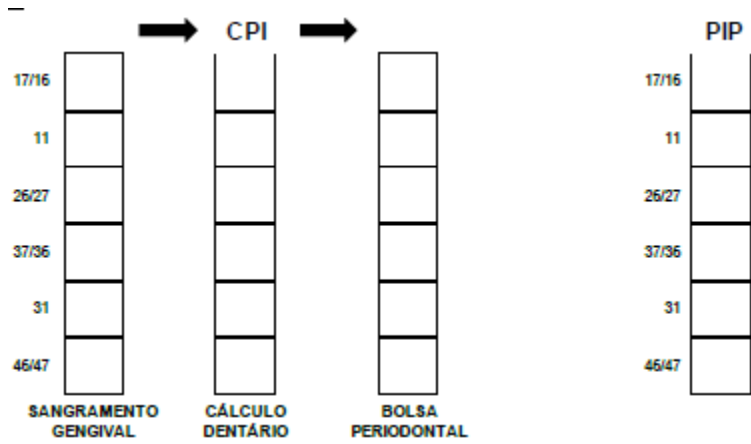
Fixação lesões potencialmente decorrentes do uso

Condição dentária de coroa

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																
Raiz																
Tratamento																
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																
Raiz																
Tratamento																

Número de dentes perdidos: ≤ 12 ≥ 12

Índice Periodontal Comunitário (CPI) e Perda de Inserção



Avaliação Protética

Avaliação salivar

USO DE PRÓTESE

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

NECESSIDADE DE PRÓTESE

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

Fluxo Salivar (Repouso) ml/min	<input type="text"/>
pH Salivar	<input type="text"/>

ANEXO

ANEXO A- CERTIDÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 23/10/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: “**FATORES RELACIONADOS ÀS PERDAS DENTÁRIAS EM DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO NORDESTE DO BRASIL**”, da Pesquisadora Fabiana Barros Marinho Maia. Protocolo 500/14. CAAE: 35493114.4.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Méd. SAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária - 1º Andar - CEP 58051-900 – João Pessoa – PB
☎ (83) 3216 7791 – E-mail: eticacsufpb@hotmail.com

ANEXO B- NORMAS PARA A DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFPB

Formato alternativo

- Capa
 - Folha de rosto (primeira folha interna)
 - Ficha catalográfica (verso da folha de rosto)
 - Folha de aprovação
 - Dedicatória (Opcional)
 - Agradecimentos (Opcional)
 - Epígrafe (Opcional)
 - Resumo (com no máximo quinhentas palavras)
 - Abstract (com no máximo quinhentas palavras)
 - Lista de Abreviaturas e Siglas (Opcional)
 - Sumário
1. Introdução (trata-se, como no formato tradicional, da parte inicial do texto, da formulação clara e simples do tema investigado, constando a delimitação do assunto tratado, sua justificativa e objetivos da pesquisa)
 2. Capítulos (devem ser inseridas as cópias de artigos de autoria ou co-autoria do candidato, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas ou anais de congressos sujeitos a arbitragem. Cada capítulo deve conter sua indicação, seguido do número (em arábico) correspondente. Ex.: Capítulo1, Capítulo 2 e assim sucessivamente)
 3. Discussão ou Considerações Gerais (de caráter opcional, esta parte poderá conter argumentos para estabelecer relações entre os artigos apresentados nos capítulos)
 4. Conclusão
- Referências
 - Anexo (Opcional)
 - Apêndices (Opcional)