



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CAUSAS DA EXTRAÇÃO DENTÁRIA NA CLÍNICA EGAS MONIZ E CLÍNICA CUF DE CASCAIS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Trabalho submetido por
Catarina Rocha Abreu dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2014



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

CAUSAS DA EXTRAÇÃO DENTÁRIA NA CLÍNICA EGAS MONIZ E CLÍNICA CUF DE CASCAIS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Trabalho submetido por
Catarina Rocha Abreu dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Vítor José Glaziou Tavares

Setembro de 2014

DEDICATÓRIA

Guardo na gaveta a fita que não me escreveste, as palavras que não li, as lágrimas que não verti e as tuas palmas que não ouvi. Mas guardo com a certeza que se cá estivesses serias a primeira da fila.

Onde quer que estejas, sei que olhas por nós. Por isso a ti, avó, dedico esta conquista. E que seja só mais uma de entre as muitas que te dedicarei.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Vítor Tavares, meu orientador, por todo o seu saber, os seus conselhos, a sua incansável disponibilidade e especialmente pela paciência e simpatia com que sempre me recebeu.

A vocês, Pai e Mãe, que por mais palavras que eu escreva nunca serão suficientes para vos agradecer tudo o que por mim fizeram. Se hoje cheguei onde cheguei a vocês o devo. Por nunca me terem falhado com nada e em nada, apesar de todas as dificuldades; e por todo o carinho, amor e dedicação que mostraram ter por mim em todos os momentos, dando-me a força necessária quando eu mais precisei. Por isso hoje é por vocês e para vocês.

A ti, querido mano, por todas as horas em que te sentaste no chão a decorar quadros comigo, por tudo o que representas na minha vida, e para que vejas que quando o esforço é muito e a dedicação maior, os objetivos são alcançados. Eu acredito em ti, no tamanho que tens e na pessoa que és. Acredita tu também!

A ti, meu melhor amigo, meu companheiro desta vida, que nos teus braços encontrei o conforto que precisei, nos teus olhos a paz muitas vezes perdida, e no teu ser a genuidade de uma grande pessoa. Sem ti nada disto teria sido possível. Por isso também é teu este trabalho. Também é tua esta conquista.

E a vocês, que com muito orgulho partilharam comigo estes 5 anos de vida académica, Cristian, Pipa e Maria. Independentemente do amanhã, vocês são amigos que levarei para a vida.

RESUMO

Introdução: Na atualidade ainda encontramos algumas lacunas no que diz respeito ao tratamento e à prevenção em medicina dentária sendo a perda dentária um exemplo, devido ao forte impacto que esta tem na qualidade de vida dos nossos doentes.

Objetivos: O presente estudo tem como principal objetivo fornecer dados epidemiológicos acerca da prevalência e causas para a extração de dentes numa amostra da população portuguesa, de modo a determinar futuras medidas preventivas específicas.

Materiais e métodos: O estudo foi realizado na Clínica Universitária de Medicina Dentária do ISCSEM e Clínica Cuf Cascais durante 4 meses e por recurso a um questionário. A amostra final consistiu em 119 pacientes de idade superior a 18 anos e no total foram extraídos 150 dentes. A análise estatística foi efetuada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* fixando-se como referência um nível de significância (α) $\leq 0,05$.

Resultados: A maior taxa de dentes extraídos foi encontrada nos homens (53%) e no escalão etário > 65 anos (32%). Predominaram também os indivíduos com o ensino básico (42%) e aqueles que pertenciam ao distrito de Setúbal (77,3%). Em relação ao número de vezes que referiram escovar os dentes, a média foi de 1,97 vezes e os dentes mais extraídos foram os do maxilar superior (62,6%). O motivo mais comum foi a cárie dentária (52%) seguida da doença periodontal (20,7%) e da fratura (9,3%). Houve ainda uma associação significativa entre a idade e o tipo de dente a extrair com o motivo de extração.

Conclusão: O principal motivo para a extração de dentes foi a cárie dentária nos escalões > 24 anos e nos molares maxilares; seguida da doença periodontal que incidiu em grande maioria no escalão > 65 anos e em molares mandibulares.

Palavras-chave: Extração dentária; Motivos de extração; Fatores de risco; Epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, it's possible to find some loopholes concerning prevention and treatment in dentistry, being tooth loss an example, due to the strong impact it holds in our patients' quality of life.

Objectives: The main goal of the current study is the supplying of epidemiological data with regard to cause and prevalence proportion for teeth extraction with Portuguese population as a sample, as to further ascertain future specific countermeasures.

Materials and methods: This study has been developed in the University Clinic of dentistry master of ISCSEM and Cascais Cuf Clinic, in a 4 month duration with the resort to a survey. The final sample was comprised of 119 patients, all over the age of 18 years old, with a total of 150 teeth extractions. The statistical analysis was run with the *Statistical Package for the Social Sciences* program, having as a referential value of statistical significance ($\alpha \leq 0,05$).

Results: The greatest percentage of extracted teeth was found in the male gender (53%) and the > 65 age group (32%). There was a clear preponderance as well among subjects with elementary school degrees (42%), more so among Setubal's district inhabitants (77,3%). About the number of times teeth brushing occurred, the average was of 1,97 times, while as the most extracted teeth belonged to the upper jaw (62%). The most common cause was tooth decay (52%), followed by a periodontal disease (20,7%) and fractures (9,3%). Furthermore, there was a link between age and the type of tooth with the reason.

Conclusions: It was found that the primal reason for teeth extraction was tooth decay in the > 24 age group and in the maxillary molars; followed by the periodontal disease that focused on the > 65 age group and in mandibular molars.

Key-words: Dental extraction; Extraction reasons; Risk factors; Epidemiology

ÍNDICE GERAL

I.	Introdução	13
	Causas de extração dentária	16
	1.1 Cárie	16
	1.2. Doença periodontal	17
	1.3. Dente impactado ou retido	18
	1.4. Dente supranumerário	19
	1.5. Motivo ortodôntico	20
	1.6. Fratura	21
	1.7. Fracasso endodôntico	22
	1.8. Outras causas	22
	Fatores de risco	23
	2.1. Fatores sociodemográficos	23
	2.1.1. Idade	23
	2.1.2. Residência	24
	2.2. Fatores socioeconômicos	24
	2.2.1. Nível de escolaridade	25
	2.2.2. Rendimento	27
	2.3. Outros.....	28
	2.3.1. Género	28
	2.3.2. Hábitos de higiene oral.....	29
	Objetivo do estudo e hipóteses experimentais	30
II.	Materiais e métodos.....	31
	1. Considerações éticas	31
	2. Amostra populacional	31
	2.1. Local	31
	2.2. Características da amostra.....	31
	2.1.1. Tamanho	31
	2.1.1. Fatores de inclusão.....	32
	2.1.1. Fatores de exclusão	32
	3. Recolha de dados	32
	4. Análise estatística	33

III.	Resultados.....	35
1.	Caracterização da amostra	35
1.1.	Em relação ao género	35
1.2.	Em relação à idade.....	35
1.3.	Em relação ao nível de escolaridade	36
1.4.	Em relação à área de residência.....	36
1.5.	Em relação aos hábitos de escovagem.....	37
1.6.	Em relação aos dentes a serem extraídos	38
1.7.	Em relação aos motivos de extração.....	39
2.	Associação entre variáveis	40
2.1.	Género e motivo de extração	40
2.2.	Idade e motivo de extração	41
2.3.	Nível de escolaridade e motivo de extração	42
2.4.	Área de residência e motivo de extração	43
2.5.	Número de vezes que escovam os dentes e motivo de extração	44
2.6.	Dente a ser extraído e motivo de extração	45
2.7.	Número de vezes que escovam os dentes e nível de escolaridade	47
2.8.	Número de vezes que escovam os dentes e idade	48
2.9.	Idade e dente a ser extraído	49
IV.	Discussão	51
V.	Conclusão	65
VI.	Bibliografia.....	67

Anexos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual	26
Figura 2: Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual	26
Figura 3: Taxa de escolarização no ensino superior (%) por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual.....	26
Figura 4: Ganho médio mensal (€) por Localização geográfica (NUTS – 2002); Anual	28
Figura 5: Distribuição da amostra por género	35
Figura 6: Distribuição da amostra por escalões etários	35
Figura 7: Distribuição da amostra por nível de escolaridade	36
Figura 8: Distribuição da amostra por área de residência	36
Figura 9: Distribuição da amostra por número de vezes que escovam os dentes por dia	37
Figura 10: Distribuição da amostra por motivo de extração	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição da amostra por dente a ser extraído	38
Tabela 2: Distribuição do motivo de extração em função do gênero	40
Tabela 3: Distribuição do motivo de extração em função dos escalões etários	41
Tabela 4: Distribuição do motivo de extração em função do nível de escolaridade	42
Tabela 5: Distribuição do motivo de extração em função da área de residência	43
Tabela 6: Distribuição do motivo de extração em função do número de vezes que escovam os dentes por dia	44
Tabela 7: Distribuição do motivo de extração em função do dente a ser extraído	46
Tabela 8: Distribuição do número médio de vezes que escovam os dentes por dia em função do nível de escolaridade	47
Tabela 9: Distribuição do número médio de vezes que escovam os dentes por dia em função dos escalões etários	48
Tabela 10: Distribuição dos dentes a serem extraídos em função dos escalões etários ..	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ESE: Estatuto socioeconómico

INE: Instituto Nacional de Estatística

ISCSEM: Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz

I. INTRODUÇÃO

“A saúde oral é um componente essencial de uma boa saúde, e uma boa saúde oral é um direito humano fundamental” (Glick et al., 2012).

Em medicina dentária, o último objetivo dos cuidados de saúde não é apenas a ausência de cáries, doença periodontal ou cancro oral, mas também o bem-estar mental e social do paciente (Mehta & Kaur, 2011).

No entanto, a nível global existe ainda uma grande prevalência de doenças orais e as suas consequências não só incluem dor, como também o comprometimento da função e da qualidade de vida (Khalifa, Allen, Abu-bakr, Abdel-Rahman, & Abdelghafar, 2012).

Um dos maiores problemas a nível de saúde pública que o mundo ainda hoje enfrenta é a perda dentária (Alesia & Khalil, 2013). A retenção em boca de mais de 20 dentes naturais está interligada com um nível de saúde oral razoável, o que não se verifica na maioria dos países em desenvolvimento, onde a substituição dos mesmos por próteses também não é frequente devido à falha nos acessos aos cuidados de saúde, ao contrário dos países industrializados (Khalifa, Allen, Abu-bakr, & Abdel-Rahman, 2012).

Ainda relativamente ao uso de próteses dentárias, um estudo revelou que a qualidade de vida melhorou nos pacientes idosos que foram tratados com uma sobredentadura sobre implantes, no entanto, tal nem sempre é possível devido a vários fatores como o seu estado mental e emocional, a acrescer ao facto de que muitas vezes estes indivíduos necessitam de mais tempo para aceitar as coisas que lhes são novas (Dable, Nazirkar, Singh, & Wasnik, 2013).

Esta perda dentária resulta muitas vezes numa incapacidade em realizar certas tarefas diárias essenciais como o falar e o comer, onde a escolha da comida passa a ser mais restrita além de que evitam refeições em grupo devido ao embaraço associado ao uso de prótese. Estudos no Reino Unido referem ainda existir uma falta de confiança nos indivíduos devido à perda de dentes, que acabam assim por restringir as suas atividades sociais e evitam formar novos relacionamentos (McMillan & Wong, 2001).

Ao interferir assim com as necessidades primárias da vida, a falta de dentes leva à irritabilidade e perda de estabilidade mental, e ao mesmo tempo dá origem a um constrangimento quando a aparência é afetada (Dable et al., 2013).

No entanto, e apesar da importância que existe em manter os dentes na boca, muitas vezes os tratamentos estão limitados apenas ao alívio da dor ou a cuidados de emergência através de extrações dentárias, existindo assim uma falha no que concerne aos cuidados

dentários restauradores e preventivos (Khalifa, Allen, Abu-bakr, Abdel-Rahman, et al., 2012).

Historicamente, a abordagem que era feita focava-se essencialmente no tratamento da doença ao invés da promoção e prevenção da saúde oral (Glick et al., 2012). No entanto, em Ottawa 1986, foi adotada a *Carta de promoção da saúde*, a partir da qual a promoção da saúde começou a ser teoricamente equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada (Martins, 2005).

A acrescentar ao facto de que as doenças orais podem ter um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas, sabe-se também que estas são possíveis de ser prevenidas e que, segundo o Plano Nacional de saúde 2011-2016 (2010), o custo dessa prevenção é muito menor relativamente ao custo do tratamento das mesmas doenças.

O mesmo refere a World Dental Federation, em 2012, ao afirmar que as doenças orais são a quarta doença mais dispendiosa de ser tratada (Glick et al., 2012), o que fez com que países como Portugal, nos últimos 20 anos, viessem a desenvolver programas de promoção de saúde e prevenção das doenças orais assentes em estratégias universais, seletivas, indicadas e cuja monitorização tem sido levada a cabo por entidades competentes (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

No entanto, não interessa só perceber a causa do problema que é a perda dentária. Até há bem pouco tempo, as determinantes sociais da saúde oral não eram motivo de atenção e estudo (Glick et al., 2012), contudo, sabe-se hoje em dia que estas estão muito interligadas com o aparecimento das doenças orais, sendo um dos maiores fatores de risco para uma pobre saúde geral e oral, e como tal é necessário considerá-las (Thomson, Sheiham, & Spencer, 2012).

Nas investigações de campo que se encontram descritas na literatura, poucos são os estudos que têm procurado perceber a possível associação entre a extração de dentes e os indicadores e fatores de risco (Chrysanthakopoulos & Vlassi, 2013). Dentro destes últimos podemos encontrar o género, o estatuto socioeconómico, o número de cigarros que fuma, a experiência de cárie, entre outros (Khazaei, Keshteli, Feizi, Savabi, & Adibi, 2013).

É com base nessas ideias de promoção e prevenção que este estudo surge, de modo a que percebendo quais as principais causas de extração dentária, bem como os seus padrões, no que concerne à idade, género, área de residência, nível de escolaridade e hábitos de higiene oral; para que possamos dessa forma contribuir de modo a criar medidas preventivas específicas consoante a população alvo. O mesmo tipo de estudo já

foi aplicado em inúmeros países, tais como Japão, Croácia, Emirados Árabes Unidos, Bangladesh, Irão, Arábia Saudita, entre outros (Aida et al., 2006; Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec, 2009; Nasreen & Haq, 2011; Jafarian & Etebarian, 2013; Alesia & Khalil, 2013).

1. CAUSAS DE EXTRAÇÃO DENTÁRIA

Segundo Russell, Gordon, Lukacs, & Kaste (2013), os dentes podem ser perdidos por várias razões, o que dificulta o diagnóstico preciso da causa específica para a perda dentária.

Na literatura, encontramos assim várias causas de extração dentária, tais como a cárie dentária, doença periodontal, tratamentos ortodônticos, trauma, motivos protéticos, entre outros que veremos mais detalhadamente (Alesia & Khalil, 2013; Chrysanthakopoulos & Vlasi, 2013; Sharafat & Negrish, 2013).

1.1. Cárie

A cárie dentária é umas das doenças crónicas mais frequentes no mundo, onde 90% das pessoas têm problemas dentários ou dores de dentes causadas por esta patologia; e a sua maioria permanece por tratar nos países de baixos a médios rendimentos (Moysés, 2012)

Trata-se então de uma doença microbiana irreversível dos tecidos calcificados do dente, e que se caracteriza pela desmineralização da porção inorgânica e destruição da parte orgânica do mesmo (Shanmugam, Masthan, Balachander, Sudha, & Sarangarajan, 2013). Para alguns autores, dar uma definição à cárie dentária é muito difícil dada a sua imprecisão, uma vez que engloba diversos estádios de dissolução mineral, desde a simples lesão branca de esmalte até à fase de cavitação, dependendo da maior ou menor sensibilidade e especificidade dos métodos de diagnóstico (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008).

Trata-se de uma doença de natureza multifatorial, determinada pela exposição aos açúcares e ao flúor e modelada por alguns fatores biológicos e sociais (Ferreira-Nóbilo, Sousa, & Cury, 2014).

No que diz respeito aos fatores sociais, podemos destacar por exemplo o estatuto socioeconómico. O baixo rendimento pode ser associado a um menor acesso aos serviços de saúde oral e aos produtos de higiene bem como ao menor conhecimento sobre os corretos hábitos de higiene oral e consequentemente à alta prevalência e severidade de cárie dentária. Estudos epidemiológicos relativos à cárie dentária, constataram uma associação entre o rendimento mensal e a pior condição de saúde oral (Costa et al., 2013).

Esta doença tem sido considerada, a nível mundial, como uma das doenças com maior

peso na história da morbidade oral, bem como sendo uma das mais prevalentes em populações com acesso limitado à prevenção e ao tratamento, provocando limitações no quotidiano das pessoas ao desencadear dores e perdas dentárias. No entanto a sua contribuição para a perda de dentes em outras populações pode ser menos marcada e desigualmente distribuída pela idade e género (Costa, Vasconcelos, & Abreu, 2013).

Sendo esta uma doença com alta prevalência, é de extrema importância a par das medidas preventivas adequadas, efetuar-se também um correto diagnóstico da cárie na sua fase inicial, antes mesmo de se formar uma cavidade (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008).

1.2. Doença Periodontal

A periodontite é uma doença crónica inflamatória do tecido gengival causada por bactérias que fazem parte do biofilme subgengival encontrado na superfície da raiz do dente. Trata-se de uma doença multifatorial, à semelhança da cárie, modificada por numerosos fatores de risco que são por vezes influenciados pelos fatores socioeconómicos especialmente no que diz respeito aos comportamentos de saúde e ao acesso aos serviços de saúde (Buchwald et al., 2013).

Em caso de não ser devidamente detetada em indivíduos suscetíveis pode resultar numa perda de dentes (Thomson et al., 2012), tratando-se inclusive de uma das principais causas para esse problema (Hayasaka et al., 2013). A decisão de extrair dentes afetados pela doença periodontal baseia-se em alguns elementos tais como: função e importância estratégica do dente, extensão da lesão, lesões endo-perio, fraturas e luxações, proximidade radicular e entre outros na evolução que o tratamento poderá ter (Nikolaos Andreas Chrysanthakopoulos, 2011).

A mesma está associada com a doença coronária, ataques e pneumonia por aspiração, podendo esta última principalmente, ser prevenida através de bons hábitos de higiene. Bons cuidados de saúde oral permitem reduzir a inflamação crónica que a doença periodontal causa e que aumenta o risco de doença coronária (Hayasaka et al., 2013).

A doença periodontal como causa de perda dentária é especialmente relevante em indivíduos com idade superior a 40 anos, e tem vindo a sofrer um importante aumento nas recentes décadas principalmente devido à disparidade que existe entre a eficácia de prevenção entre a cárie e a doença periodontal (Houshmand et al., 2012).

1.3. Dente impactado ou retido

Dente impactado é definido como uma impossibilidade de erupcionar na sua posição devido a vários fatores tais como: mal posição, interferências, falta de espaço nas arcadas, e ainda hereditariedade, traumatismo, dilaceração, anquilose e fissura alveolar. As zonas onde mais frequentemente encontramos este problema são: região dos caninos superiores, terceiros molares e região antero-superior, podendo também ser encontrado em outras regiões da cavidade oral (Maia & Maia, 2010).

Como resultado da impactação de terceiros molares, podem ocorrer complicações como reabsorção interna desses mesmos dentes, ou ainda a reabsorção ou cárie a distal do segundo molar, problemas periodontais, e mais raramente quistos odontogénicos ou tumores (Santos et al., 2013).

Estes mesmos dentes podem encontrar-se totalmente impactados ou apenas parcialmente. Segundo um estudo realizado em 2009, os dentes parcialmente impactados apresentam maiores riscos de provocarem problemas, e como tal, a sua extração profilática é muitas vezes equacionada. De acordo com o ângulo em que o dente se encontra e o respetivo ponto de contacto entre este e o segundo molar relativamente à junção amelocementária, haverá maior ou menor probabilidade de se formar uma cárie ao nível do segundo molar, por distal (Ozeç, Hergüner Siso, Taşdemir, Ezirganli, & Göktolga, 2009).

É de fundamental importância a realização do diagnóstico o mais precocemente possível, facilitando assim o tratamento. A escolha do tratamento ideal para essa alteração dependerá do dente em questão, da idade cronológica, relação esquelética maxilomandibular, comprimento das arcadas dentárias, posição do dente impactado, entre outros. Assim sendo, poderá ir, no caso dos caninos inclusos, desde um tratamento conservador, com a exodontia do dente decíduo respetivo no local do dente impactado, até a um tratamento mais complexo, pela utilização de tratamento orto-cirúrgico como consequência de uma época de atuação mais tardia (Maia & Maia, 2010).

No caso dos terceiros molares, podemos recorrer a uma exodontia profilática, de modo a evitar o possível aparecimento de cárie a distal do segundo molar ou por questões de cariz ortodôntico. Este último caso surge quando os dentes em questão estão a impedir a erupção dos segundos molares ou quando está planeada uma cirurgia ortognática de modo a que estes não interfiram com os sítios de osteotomia (Krishnan, Sheikh, Rafa, & Orafi, 2009; Steed, 2014).

Fala-se em remoções cirúrgicas profiláticas de molares impactados, quando os dentes em questão se encontram assintomáticos e o paciente nunca teve nenhuma patologia associada ao mesmo dente (Ozeç et al., 2009).

No entanto, estudos mais recentes, falam da existência de uma controvérsia em relação à extração profilática de terceiros molares assintomáticos (Huang et al., 2014; Steed, 2014). As atuais diretrizes britânicas em relação aos 3º molares, alertam para o facto de não haver uma evidência científica em como a remoção profilática de dentes saudáveis impactados seja a melhor opção em todos os casos (McArdle, McDonald, & Jones, 2014).

1.4. Dente supranumerário

Hiperdontia ou dentes supranumerários são aqueles que excedem em número os dentes da série normal. Podem ocorrer nas dentições decídua e permanente, múltiplos ou singulares, uni ou bilateralmente, em um ou em ambos os maxilares (Ribeiro, 2011; Santos et al., 2013).

Com base na sua morfologia, são classificados em quatro tipos: cónicos, tuberculados, dentes suplementares, e odontomas, estes ainda classificados em compostos ou complexos. Os mais comuns são os cónicos e geralmente desenvolvem-se na maxila anterior. De acordo com a sua localização, os dentes supranumerários podem ser denominados, como: mesiodens, quando localizados na linha da maxila ou pré - maxila; distomolares, se situados posteriormente aos terceiros molares; paramolares, quando erupcionados por vestibular ou lingual dos molares, ou nas suas regiões interproximais (Ribeiro, 2011).

A etiologia deste tipo de anomalia ainda não é conhecida, no entanto várias teorias têm sido propostas, tais como a dicotomia da lâmina dentária, a teoria da hereditariedade em combinação com fenómenos ambientais e ainda a teoria da hiperatividade da lâmina. Os dentes supranumerários podem ainda estar associados a síndromes tais como displasia cleidocraniana, síndrome de Down, fissura labiopalatina, entre outros (Patil & Maheshwari, 2014).

Complicações clínicas são comuns nos pacientes com dentes supranumerários. Entre elas encontramos a falha de erupção e deslocamentos dos dentes adjacentes, apinhamentos dentários e patologias císticas, situações que normalmente levam ao seu diagnóstico com a associação de um exame complementar, usualmente a radiografia panorâmica (Patil & Maheshwari, 2014; Ribeiro, 2011).

Em relação às patologias císticas, podemos encontrar por exemplo quistos foliculares ou dentígeros, tratando-se dos segundos quistos odontogénicos mais comuns a aparecer na cavidade oral, depois dos quistos radiculares. No entanto, a sua associação com os dentes supranumerários não é muito usual, rondando, entre 1 e 9.9%, sendo que a maioria desses se desenvolve à volta de mesiodentes na zona anterior da maxila (Khambete, Kumar, Risbud, Kale, & Sodhi, 2012; Navarro et al., 2014).

Assim, e nos casos em que a presença dos dentes supranumerários esteja a gerar complicações (como atrasos na erupção, presença de patologias associadas, entre outros) a remoção cirúrgica é sempre indicada (Ribeiro, 2011).

No entanto, na sua maioria são assintomáticos e por isso diagnosticados acidentalmente durante o exame radiográfico (Patil & Maheshwari, 2014).

1.5. Motivo ortodôntico

Perante um diagnóstico de maloclusão, existem múltiplas modalidades de tratamento. Quando estas estão relacionadas com discrepâncias esqueléticas, as opções de tratamento envolvem ou a combinação de tratamento ortodôntico com cirurgia ortognática ou com a “camuflagem” ortodôntica, incluindo extrações e reduções interproximais – stripping (Bockow, 2014).

No que concerne às extrações por este motivo, nem sempre é fácil a decisão de quais os dentes a extrair e se esta é uma melhor opção que as restantes. As taxas de extração em ortodontia mostram-nos grandes variações dependendo das décadas - sendo que na década de sessenta era de 50% e hoje em dia encontra-se nos 30% -, e dos fatores socioeconómicos. Aquando do diagnóstico e do planeamento do tratamento, o ortodontista examina uma série de variáveis, nomeadamente as medições cefalométricas em conjunto com a idade, género, condição periodontal, restaurações, ausência congénita de dentes ou dentes extraídos, que o levam a tomar uma decisão final, ou seja, se se justifica ou não a extração de dentes (Konstantonis, Anthopoulou, & Makou, 2013).

Um estudo recente conclui que não existe diferenças significativas entre a extração de dois pré-molares maxilares, a extração de quatro pré-molares e a ausência de extração nos tratamentos de alinhamento, de inclinação vestibulo-lingual, de trespasse horizontal, entre outros. Refere ainda que os pacientes que não foram sujeitos a extrações acabam o tratamento com uma oclusão em melhor relação sagital e as raízes apresentam uma

melhor angulação. Ou seja, as relações ocluso-dentárias encontradas nos pacientes com tratamentos que recorreram a extração são tão boas como aqueles que não recorreram às mesmas (Akinci Cansunar & Uysal, 2014).

No entanto, esta discussão entre a necessidade de extração ou não já vem desde muito cedo entre a comunidade de ortodontistas, e permanece ainda até aos dias de hoje. Isto porque o diagnóstico de algumas maloclusões pode ser ambíguo no que concerne à necessidade de extração de dentes ou não. De acordo com Konstantonis, Anthopoulou, & Makou (2013) o desafio no diagnóstico ortodôntico não é naqueles casos em que as necessidades de extração é bastante evidente ou não, mas sim naqueles muitos casos conhecidos como o grupo na linha de água – *borderline*. Nestes casos a decisão vai depender de muitos fatores, de modo a alcançar uma adequada correção da maloclusão, a manter ou melhorar a estética facial e ainda por forma a obter um resultado estável (Carlos, Ruellas, Martins, & Romano, 2010).

1.6. Fratura

Ao longo dos anos muitos são os estudos e publicações feitos em redor da fratura dentária, no entanto são poucas as informações no que concerne ao risco que existe de a longo prazo se perder o dente após este tipo de lesão (Andreasen, Ahrensburg, & Tsilingaridis, 2012).

As causas para as fraturas dentárias podem incluir o trauma físico, prematuridades oclusais, tratamentos dentários iatrogénicos, uma mastigação incorreta ou a reabsorção de dentes que se tornam assim enfraquecidos. Relativamente à sua localização e direção, estas dependem da direção do impacto responsável pela fratura (Berman & Kuttler, 2010).

Segundo o mesmo estudo, encontram-se descritas cerca de 5 tipos de fraturas longitudinais a juntar à fratura vertical da raiz (Berman & Kuttler, 2010). Esta última, apresenta-se como sendo de difícil diagnóstico e muitas vezes de fraco prognóstico e eminente extração do dente (Cohen, Berman, Blanco, Bakland, & Kim, 2006). Um grande número de dentes com fraturas radiculares cervicais, são desde logo, considerados impossíveis de tratar e assim extraídos (Andreasen et al., 2012).

O diagnóstico, prognóstico e tratamento recomendado para as fraturas dentárias são muitas vezes difíceis. Há muitos parâmetros a avaliar, incluindo sintomas, o estado pulpar e periodontal, restaurações ou história de cáries, observação direta e história clínica quanto aos traumas dentários ou hábitos parafuncionais (Berman & Kuttler, 2010).

1.7. Fracasso endodôntico

Ainda que o tratamento endodôntico seja um tratamento fiável, nenhum médico dentista deverá garantir sucesso no tratamento. Fracassos endodônticos podem acontecer independentemente dos melhores cuidados que se possa ter, uma vez que são vários os fatores que podem contribuir para o insucesso, tais como: a não deteção de um canal radicular, a não instrumentação de uma parte do mesmo, a infiltração através da restauração coronal mal adaptada que pode contaminar o preenchimento de canais e um inadequado isolamento aquando da instrumentação dos mesmos (Cohen et al., 2006).

Quando é diagnosticado um fracasso endodôntico, existem 3 opções de tratamento possíveis de ser considerados: re-tratamento conservativo, cirurgia apical, ou extração. A decisão entre manter um dente que está endodonticamente comprometido ou de extrai-lo é complexa e mediada por vários fatores, sendo que não existe uma opção que abranja todos os casos (Ingle, Bakland & Baumgartner, 2008).

No entanto, todos os tratamentos carregam consigo possíveis riscos, tais como a fratura da raiz ou uma perfuração, que podem conduzir até à extração do dente (Ingle, Bakland & Baumgartner, 2008).

1.8. Outras causas

A perda de dentes devido a outras causas (trauma, abrasão, motivos protéticos, entre outros) tem muito menor prevalência (Houshmand et al., 2012).

Outro motivo pelo qual poderemos ter que recorrer à extração é no caso de dentes que não se encontram em função, tal como acontece muitas vezes com os terceiros molares, por ausência de oponente. Nestes casos, está indicada a extração do mesmo devido à possibilidade de sob-erupção ao longo do tempo (Steed, 2014).

2. FATORES DE RISCO

Estudos realizados anteriormente revelaram uma associação positiva entre as condições sociais desfavoráveis e os problemas de saúde oral, relacionado com o nível socioeconómico tal como o rendimento familiar insuficiente, o baixo nível de escolaridade, o atraso ou a interrupção da vida escolar das crianças, a classe social e o grupo étnico (Chaves & Vieira-da-Silva, 2008).

2.1. Fatores sociodemográficos

2.1.1. Idade

A população residente em Portugal tem vindo a sofrer um contínuo envelhecimento demográfico, e o peso da população idosa manteve, no ano de 2011, um perfil ascendente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

No que diz respeito à saúde geral, é sabido que o risco de um indivíduo em declarar estados de saúde menos favoráveis aumenta com o avançar da idade (Oliveira, 2010). De igual modo, no que concerne à saúde oral, embora a proporção global de edentulismo tenha vindo a decair no mundo devido aos cuidados de saúde oral que por sua vez têm vindo a aumentar, a verdade é que com o aumento da idade essa proporção também aumenta (Chung, Song, Lee, & Choi, 2011).

Segundo um estudo recente feito nos países Europeus, os regimes de bem-estar do ocidente, onde Portugal se insere, apresentam taxas de edentulismo em pacientes com idade superior a 45 anos, semelhantes aos regimes Anglo-saxónicos e Bismarkianos, mais baixos comparativamente aos regimes do oriente, mas mais altas que os regimes escandinavos (Tsakos, Watt, Sheiham, & Guarnizo-Herreno, 2013).

É nas idades mais avançadas que a perda de dentes assume-se como um fator de risco para a mortalidade. Um estudo de Hayasaka et al. (2013) refere que a presença de poucos dentes em boca, sem qualquer reabilitação, e a falha nas visitas regulares ao médico dentista podem estar associadas a um maior risco de demência.

2.1.2. Residência

As particularidades do ambiente físico em que cada indivíduo reside têm um papel importante no estado de saúde da população podendo marcar pela positiva ou negativa, na medida em que um indivíduo residente nas áreas de maior pobreza e privação, declara piores estados de saúde (Oliveira, 2010).

2.2. Fatores socioeconómicos

O ESE (estatuto socioeconómico) refere-se à posição de um indivíduo numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, e que se exprimem no acesso diferencial a recursos e comodidades, podendo assim determinar o estado de saúde de um indivíduo. No entanto, o contrário também se verifica, na medida em que indivíduos menos saudáveis tenham maior probabilidade de apresentar uma mobilidade social descendente, ou tenham menor probabilidade de ascender socialmente (Cardoso, 2006).

Aplicando isto à saúde oral, indivíduos que tenham ausência de dentes, principalmente na zona estética, terão consequentemente maior dificuldade em se integrar na sociedade (McMillan & Wong, 2001). Bem como indivíduos pertencentes a um baixo ESE terão maiores dificuldades em aceder aos cuidados de saúde oral preventivos, por exemplo (Buchwald et al., 2013).

Ou seja, os mecanismos pelos quais os indicadores socioeconómicos influenciam o estado de saúde são complexos, muito devido à relação existente entre o ESE e os fatores comportamentais (Oliveira, 2010). Tais fatores, como as visitas regulares ao médico dentista, não praticadas por indivíduos de baixo ESE, só agravam as discrepâncias evidentes a nível da saúde oral. Subsiste ainda uma relação entre esses comportamentos com os rendimentos e a educação, acabando por ser mais desfavoráveis entre os indivíduos mais pobres e com menos educação, refletindo-se por exemplo na perda de dentes (Sabbah, Tsakos, Sheiham, & Watt, 2009).

Este mesmo ESE pode ser avaliado com base na ocupação profissional, no grau de instrução, nos índices socioeconómicos e no rendimento (Cardoso, 2006). No presente estudo, optou-se apenas por utilizar o grau de instrução e o rendimento, este último através da área de residência, de modo a avaliar os níveis socioeconómicos da presente amostra.

2.2.1. Nível de escolaridade

O nível de escolaridade diz respeito às diferenças entre os indivíduos em termos de acesso à informação, à capacidade em que adquirem novos conhecimentos e à prática de comportamentos saudáveis. Tendo um maior acesso à informação, um indivíduo poderá tomar melhores decisões e reforçar os comportamentos saudáveis. Um indivíduo com um nível de escolaridade inferior, face a um indivíduo com um nível de escolaridade superior, tem maior risco de apresentar estados de saúde mais débeis (Oliveira, 2010), bem como pelo contrário, um indivíduo com elevado nível educacional tem um menor risco de perder dentes (Khalifa, Allen, Abu-bakr, & Abdel-Rahman, 2012).

De acordo com o Dec. Lei nº 49/2005 de 30 de Agosto, a educação escolar em Portugal compreende o ensino básico, secundário e superior. O primeiro é universal, gratuito e obrigatório e tem duração de nove anos, compreendidos em três ciclos. Todos aqueles que completarem o ensino básico com aproveitamento, terão acesso ao secundário, que corresponde a três anos. Têm acesso ao ensino superior os indivíduos habilitados com o curso do ensino secundário ou equivalente que façam prova de capacidade para a sua frequência. De seguida, encontram-se os gráficos relativos à taxa bruta de escolarização nestes três ensinos, por localização geográfica, segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística).



Figura 1 – Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual (Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal)

Figura 2 – Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual (Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal)

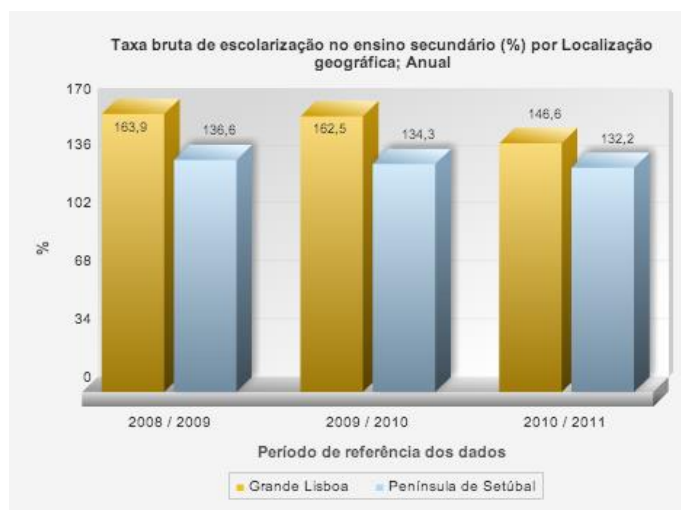


Figura 3 – Taxa de escolarização no ensino superior (%) por Localização geográfica (NUTS – 2002); Anual (Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal)

Como é possível verificar pela figura 1, as percentagens de indivíduos que frequentaram o ensino básico de 2008 a 2011 foi muito elevada, não se notando grandes diferenças entre as localidades estudadas, talvez devido ao carácter obrigatório que existe neste ciclo. Já no que diz respeito ao ensino secundário, no ano letivo de 2008/2009 as diferenças entre a região de Setúbal e Lisboa foram um pouco mais acentuadas, notando-se neste último distrito uma maior taxa de escolarização, contudo essas diferenças foram atenuadas no ano de 2010/2011 (figura 2). Por último, no que concerne ao ensino superior, as diferenças a nível percentual da taxa de escolarização foram muito acentuadas ao longo dos três anos letivos estudados, e nas quais Lisboa se encontrou sempre com percentagens entre os 50-55% aos invés dos 20-25% encontrados no distrito de Setúbal como consta na figura 3.

Quanto aos valores relativos à população sem estudos, não existe dados no INE. No entanto, sabe-se que os níveis de analfabetismo em Portugal, de acordo com os Censos 2011, decresceram de 9,0 para 5,2, de 2001 para 2011 (Pordata, 2011).

2.2.2. Rendimento

O rendimento influencia diretamente a capacidade individual de aceder a recursos fundamentais, tais como a alimentação ou a água potável, os cuidados de saúde primários e os medicamentos (Cardoso, 2006). Ou seja, indivíduos com menores rendimentos, quando comparados com os de maiores rendimentos, apresentam um risco mais elevado de apresentar um pior estado de saúde, pois o acesso aos serviços médicos e a outros bens materiais, como uma simples escova de dentes, não é equiparável entre eles (Oliveira, 2010).

É muito frequente os indicadores do ESE serem mensurados ao nível de uma determinada área geográfica, além de o serem também ao nível do indivíduo, assumindo a designação de indicadores de área. Entre os mais comuns encontram-se as medidas agregadas, que resultam do agrupamento de informação sobre vários indivíduos numa dada área geográfica, num só indicador, como por exemplo o rendimento médio dos habitantes de uma determinada freguesia (Cardoso, 2006), ou distrito, como é o caso da análise feita no presente estudo.



Figura 4 – Ganho médio mensal (€) por Localização geográfica (NUTS – 2002); Anual (Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal)

No que diz respeito ao rendimento, em Portugal, no ano de 2011, registou-se um ténue agravamento da desigualdade na distribuição do mesmo, à semelhança do que já acontecera no ano precedente. De acordo com o género, a idade, a composição do agregado familiar e a condição perante o trabalho, existe cada vez mais diferenças no que concerne ao risco de pobreza (Instituto Nacional Estatística, 2013).

Segundo dados do INE, a população do distrito de Lisboa apresentou em 2011 um ganho médio mensal de 1420,29€ ao invés dos 1130,78€ registados em Setúbal, como é possível verificar pela figura 4, não existindo assim uma diferença significativa entre ambos.

2.3. Outros

2.3.1. Género

Outro fator determinante para a perda dentária é o género: o sexo feminino tem muito mais propensão para a perda de dentes e para a cárie dentária do que o sexo masculino. O que está por de trás destes factos não é ainda hoje compreendido por completo, mas de certo que há muitos fatores, social, genético e hormonal envolvidos (Houshmand et al., 2012).

2.3.2. Hábitos de Higiene Oral

A ideia de que os procedimentos de higiene oral, como a frequência de escovagem, afeta o número de dentes presentes em boca, parece lógico, e encontra-se identificado na bibliografia, onde indivíduos com melhor higiene perdem menos dentes que os restantes (Khalifa, Allen, Abu-bakr, & Abdel-Rahman, 2012).

Alguns estudos clínicos sugerem que uma boa higiene oral não se representa só pela frequência de escovagem mas também pela sua efetividade. No entanto, a medida mais utilizada por norma é a sua frequência por dia (Reisine & Psoter, 2001).

Existem vários caminhos possíveis que ligam os cuidados de saúde oral, como a escovagem dos dentes, com a mortalidade nas idades mais avançadas, concluindo que estas duas variáveis são inversamente proporcionais. Melhores hábitos de higiene podem reduzir a inflamação crónica que causa doença periodontal, a mesma que aumenta o risco de doença coronária, por exemplo (Hayasaka et al., 2013).

Paganini-Hill, White, & Atchison (2011) referem que indivíduos que não escovam os dentes à noite ou que não passam o fio dentário têm um aumento de 20-30% de risco de mortalidade comparado com aqueles que escovam os dentes ou passam o fio dentário todos os dias, respetivamente.

Outro estudo refere ainda que a escovagem de dentes com uma pasta dentífrica fluoretada é vista como um método efetivo na prevenção da cárie dentária, contudo a qualidade dos estudos existentes nos adultos sobre este tema é muito pobre (Reisine & Psoter, 2001).

A perda de dentes é então um problema transversal a todas as sociedades, regiões, etnias e estratos sociais, e tem uma multiplicidade de percussões socioeconómicas e outras relacionadas com a saúde (Houshmand et al., 2012). Entre estas últimas podemos referenciar, por exemplo, disfunções no aparelho mastigatório, o que resulta em pobres hábitos alimentares e numa deteriorização geral da qualidade de vida do indivíduo (Chrysanthakopoulos & Vlassi, 2013). Em última estância há estudos que referem que a perda de dentes e o número de dentes apresentam uma associação com a mortalidade, evidenciando assim alguma correlação entre ambos (Hayasaka et al., 2013; Paganini-Hill, White, & Atchison, 2011).

3. OBJETIVO DO ESTUDO E HIPÓTESES EXPERIMENTAIS

O presente estudo tem como principal objetivo fornecer dados epidemiológicos acerca da prevalência e causas para a extração de dentes numa amostra da população portuguesa, de modo a determinar futuras medidas preventivas específicas para as necessidades de cada localidade. Assim sendo, tem-se como objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra quanto aos aspetos sociodemográficos (idade e residência), socioeconómicos (nível de escolaridade e rendimento) e ainda no que concerne ao género e hábitos de higiene.
- Relacionar o motivo da extração com os fatores de risco, ou seja, com as variáveis no ponto atrás descritas.
- Analisar ainda outras relações de interesse para o estudo.
- Comparar os resultados atrás obtidos, com outros estudos internacionais cujos dados são relativos a tópicos similares aos analisados no presente estudo.

As hipóteses experimentais para este estudo são:

- Hipótese nula
 - Não existe relação entre o motivo da extração e a idade, o género, o nível de escolaridade, a área de residência, o número de vezes que escova os dentes, o tipo de dente; entre o nível de escolaridade e o número de vezes que escova os dentes; a área de residência e o número de vezes que escova os dentes; o tipo de dente e a idade
- Hipótese alternativa
 - Existe relação entre o motivo da extração e a idade, o género, o nível de escolaridade, a área de residência, o número de vezes que escova os dentes, o tipo de dente; entre o nível de escolaridade e o número de vezes que escova os dentes; a área de residência e o número de vezes que escova os dentes; o tipo de dente e a idade

II. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações éticas

O projeto foi submetido à avaliação pela Comissão Científica do ISCSEM (Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz), e após a sua aprovação, foi enviada a proposta à Comissão Científica do grupo José de Mello – Saúde, da clínica Cuf de Cascais e do qual faz parte o conselho de ética, em Março de 2014. Posteriormente à sua aprovação foi reencaminhado para a Comissão de Ética para a Saúde do ISCSEM, que aprovou o projeto em Abril de 2014.

A participação dos utentes foi validada após leitura e assinatura voluntária do consentimento livre onde vinha esclarecido o tema e objetivos do presente trabalho, tal como a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

2. Amostra populacional

2.1 Local

O presente estudo foi realizado em duas clínicas dentárias da região de Lisboa: Clínica Universitária de Medicina Dentária do ISCSEM, em Almada e Clínica Cuf de Cascais, em Cascais. O motivo pelo qual foi decidido realizar o estudo em dois locais diferentes prende-se com o facto de queremos incluir na nossa amostra a maior diversidade possível de pacientes no que concerne aos pontos a serem avaliados no nosso questionário. Além disso, era objetivo tornar o estudo o mais calibrado possível, motivo pelo qual se escolheu uma clinica pública e outra do setor privado.

2.2. Características da amostra

2.2.1. *Tamanho*

Os pacientes e médicos dentistas/estudantes de medicina dentária recrutados para participarem no estudo foram selecionados aleatoriamente, num total de 150 pacientes. No entanto, e após o processo de recolha de dados, a amostra final passou de 150 para 119 pacientes, num total de 150 dentes extraídos.

2.2.2. Fatores de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes com idade superior a 18 anos, que extraíram pelo menos um dente numa das duas clínicas onde o estudo foi realizado.

2.2.3. Fatores de exclusão

Excluídos foram todos aqueles pacientes que não aceitaram participar no estudo ao não assinar o consentimento informado ou ainda aqueles que não responderam por incapacidade ou responderam de forma incompleta ao questionário.

3. Recolha de dados

A recolha de dados foi feita com base em um questionário, distribuído pelos alunos da clínica Egas Moniz e pelos médicos dentistas da Clínica Cuf Cascais. O mesmo, consiste em apenas uma página, com questões curtas e simples, de modo a que fosse de fácil compreensão para qualquer membro interveniente no estudo e encontra-se dividido em duas partes: A primeira respondida pelo paciente, onde a informação pedida refere-se a dados relativos ao mesmo, tais como: género, idade, área de residência, nível de escolaridade e hábitos de higiene. A segunda parte foi respondida pelo estudante/médico dentista, de onde faziam parte as questões relativas à extração em si, nomeadamente qual o dente a extrair e qual o seu motivo.

Ao invés dos pacientes serem questionados em relação ao rendimento, e de modo a não causar constrangimento ao mesmo e deixá-lo desconfortável ou receoso em responder ao questionário, foi apenas pedido que colocassem a área de residência para posteriormente ser feito um cruzamento de dados com o INE de modo a perceber qual o perfil da população onde esse indivíduo reside, no que concerne aos rendimentos médios mensais.

A aplicação dos questionários realizou-se em simultâneo nas duas clínicas e teve duração de 4 meses.

4. Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS, versão 20.0 para Windows. Fixou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Utilizou-se o teste do Qui-quadrado de independência para analisar a relação entre as variáveis qualitativas. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado e nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. As diferenças significativas foram analisadas com os resíduos ajustados estandardizados. Utilizou-se também os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para analisar, respetivamente, as diferenças entre dois grupos e mais de dois grupos em variáveis dependentes de tipo quantitativo que não tinham distribuição normal (analisado com o teste de Kolmogorov-Smirnov). Nestas situações, para facilidade de interpretação apresentou-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

Efetuiu-se então uma análise descritiva e um cruzamento das seguintes variáveis:

- O motivo da extração com a idade, o género, o nível de escolaridade, a área de residência, o número de vezes que escova os dentes e o tipo de dente;
- O número de vezes que escova os dentes e o nível de escolaridade
- O número de vezes que escova os dentes e a idade
- O tipo de dente e a idade

III. RESULTADOS

1. Caracterização da amostra

1.1. Em relação ao género

Para o presente estudo, foram extraídos num total de 150 dentes em 119 pacientes, sendo que a maioria é do sexo masculino, representando 53,0% ($n = 80$) da amostra e 47,0% ($n = 70$) do género feminino, conforme se pode comprovar pela observação na figura 5.

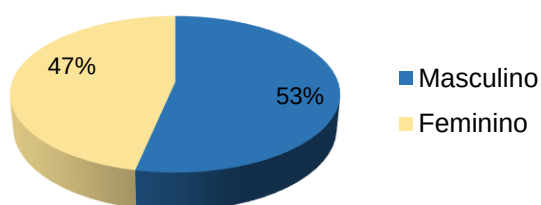


Figura 5 – Distribuição da amostra por género

1.2. Em relação à idade

Na figura 6 podemos verificar a distribuição dos indivíduos por escalão etário. O escalão com maior número de pessoas é o > 65 anos, onde se concentram 32,0% dos sujeitos. Os mais novos representam apenas 7,3% do total.

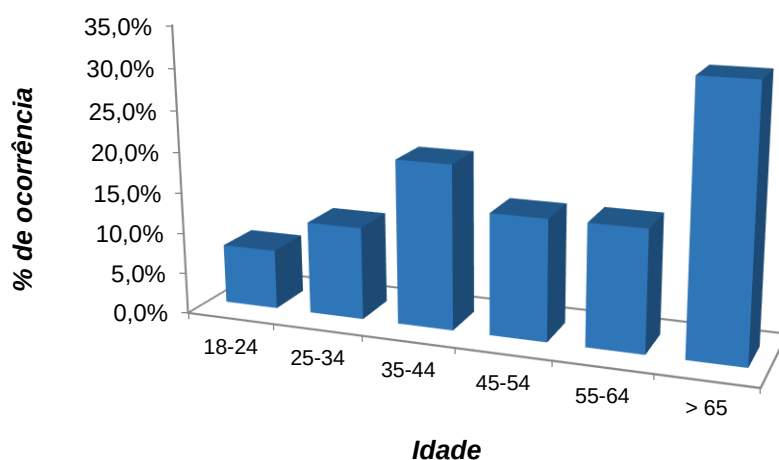


Figura 6 – Distribuição da amostra por escalões etários

1.3. Em relação ao nível de escolaridade

Em relação ao nível de escolaridade, predominam os indivíduos com o ensino básico completo (42,0%). Seguem-se depois os sujeitos com o ensino secundário (28,0%) e os com o ensino superior (23,0%). Por fim, e apenas 7% da amostra total, refere-se aos indivíduos que não frequentaram qualquer ensino escolar (Figura 7)

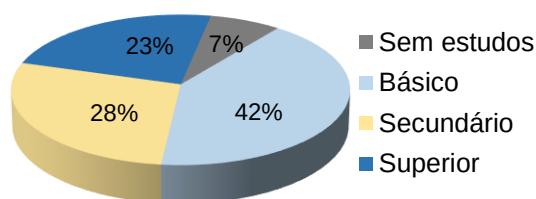


Figura 7 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

1.4. Em relação à área de residência

No que se refere à área de residência, a maioria dos indivíduos era do distrito de Setúbal (77,3%) e 22,7% do distrito de Lisboa (Figura 8)

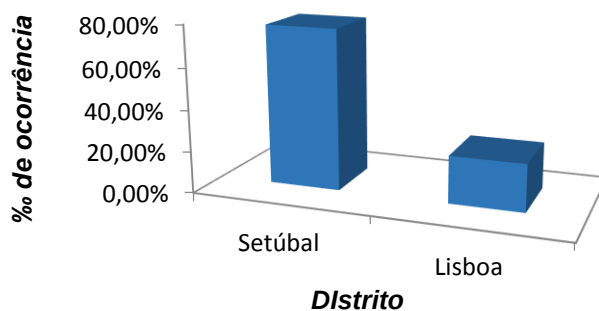


Figura 8 – Distribuição da amostra por área de residência

1.5. Em relação aos hábitos de escovagem

No que concerne ao número de vezes que os indivíduos escovavam os dentes por dia, este variou entre 0 a 4 vezes, com uma média de 1,97 vezes e desvio padrão de 0,78.

Como se pode verificar na figura 9, a maioria da amostra, 56% dos indivíduos, escova os dentes 2 vezes por dia e uma minoria, 2%, referiu não escovar vez nenhuma.

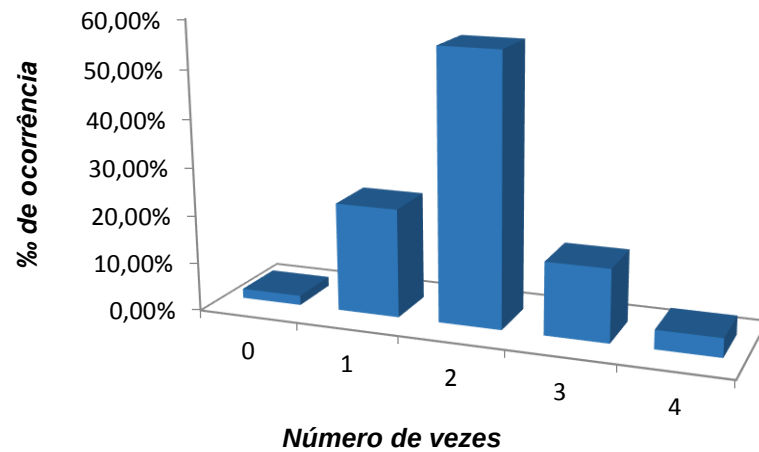


Figura 9 – Distribuição da amostra por número de vezes que escovam os dentes por dia

1.6. Em relação aos dentes a serem extraídos

Em relação aos dentes a serem extraídos, mais de metade foram dentes do maxilar superior (62,6%). Foi também num grupo de dentes deste maxilar - molares maxilares - que se registou um maior número de extrações, correspondendo a 35,3% como se verifica na tabela 1. De seguida, os dentes mais vezes extraídos foram os molares mandibulares (24,0%) e os pré-molares maxilares (12,7%).

	Frequência	Percentagem
Incisivos Maxilares	11	7,3
Caninos Maxilares	11	7,3
Pré-Molares Maxilares	19	12,7
Molares Maxilares	53	35,3
Incisivos Mandibulares	6	4,0
Caninos Mandibulares	3	2,0
Pré-Molares Mandibulares	11	7,3
Molares Mandibulares	36	24,0
Total	150	100,0

Tabela 1 – Distribuição da amostra por dente a ser extraído

1.7. Em relação aos motivos de extração

Por fim, e após a análise da figura 10 relativamente aos motivos de extração, verifica-se que predominaram os relacionados com cárie dentária (52,0%), doença periodontal (20,7%) e fratura (9,3%). Ao motivo ortodôntico correspondem apenas 4,7% e os restantes 13,3% referem-se a outras causas de extração.

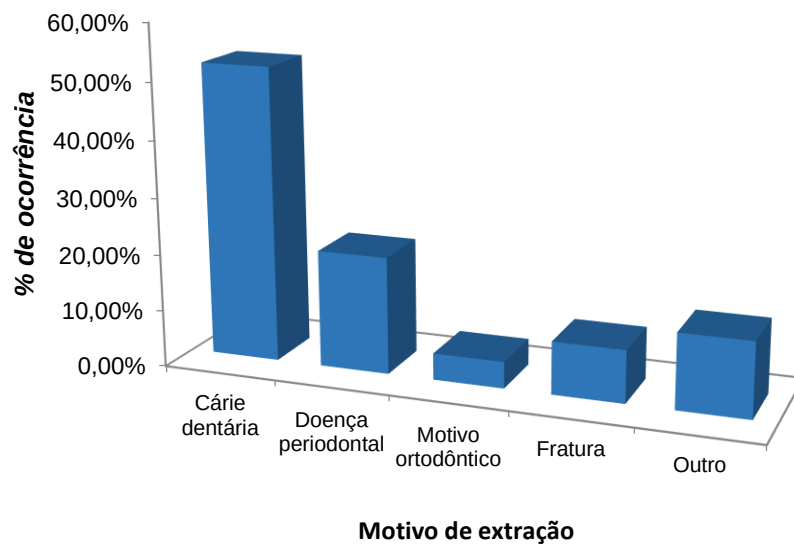


Figura 10 – Distribuição da amostra por motivo de extração

2. Associação entre variáveis

2.1. Género e motivo de extração

Relativamente ao género, os homens possuem um maior número de dentes extraídos por cárie (56,2%), doença periodontal (21,2%) e motivo ortodôntico (5%), relativamente às mulheres, que obtiveram valores mais elevados no que concerne à extração de dentes devido a fratura (11,4%) e a outros motivos (17,1%), conforme observado na tabela 2. No entanto, e após análise estatística, verificou-se que o motivo de extração é relativamente semelhante em ambos os géneros ($p = 0,607$), não havendo por isso relação significativamente estatística entre as duas variáveis.

Motivo de extração		Género		Total
		Feminino	Masculino	
Cárie dentária	Frequências	33	45	78
	% Género	47,1%	56,2%	52,0%
Doença periodontal	Frequências	14	17	31
	% Género	20,0%	21,2%	20,7%
Motivo ortodôntico	Frequências	3	4	7
	% Género	4,3%	5,0%	4,7%
Fratura	Frequências	8	6	14
	% Género	11,4%	7,5%	9,3%
Outro	Frequências	12	8	20
	% Género	17,1%	10,0%	13,3%
Total	Frequências	70	80	150
	% Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 2 – Distribuição do motivo de extração em função do género

2.2. Idade e motivo da extração

Na tabela 3 observam-se os motivos de extração dentária consoante o escalão etário. As diferenças encontradas entre ambos são estatisticamente significativas ($p = 0,000$), havendo uma proporção significativamente mais elevada de dentes a serem extraídos por motivos ortodônticos no escalão dos 18-24 anos (85,7%), por motivo de fratura no escalão 45-54 anos (35,7%) e por motivo de doença periodontal no escalão > 65 anos (35,5%). Nos restantes escalões, ou seja, em indivíduos com idade > 24 anos, a cárie foi o motivo pelo qual mais vezes se extraíram dentes.

Idade		Motivo da extração					Total
		Cárie dentária	Doença periodontal	Motivo ortodôntico	Fratura	Outro	
18-24	Frequências	3	0	6	0	2	11
	% Motivo da extração	3,8%	0,0%	85,7%	0,0%	10,0%	7,3%
25-34	Frequências	11	1	0	1	4	17
	% Motivo da extração	14,1%	3,2%	0,0%	7,1%	20,0%	11,3%
35-44	Frequências	16	7	1	0	6	30
	% Motivo da extração	20,5%	22,6%	14,3%	0,0%	30,0%	20,0%
45-54	Frequências	13	4	0	5	0	22
	% Motivo da extração	16,7%	12,9%	0,0%	35,7%	0,0%	14,7%
55-64	Frequências	9	8	0	2	3	22
	% Motivo da extração	11,5%	25,8%	0,0%	14,3%	15,0%	14,7%
> 65	Frequências	26	11	0	6	5	48
	% Motivo da extração	33,3%	35,5%	0,0%	42,9%	25,0%	32,0%
Total	Frequências	78	31	7	14	20	150
	% Motivo da extração	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 3 – Distribuição do motivo de extração em função dos escalões etários

2.3. Nível de escolaridade e motivo da extração

De acordo com a tabela 4, independentemente do nível de escolaridade, o principal motivo de extração foi a cárie dentária em todos os níveis, seguido da doença periodontal, mas apenas no que concerne ao ensino básico, secundário e superior. Ou seja, o motivo da extração é relativamente semelhante em todos os níveis de escolaridade ($p = 0,112$).

Motivo da extração		Nível escolaridade				Total
		Sem estudos	Básico	Secundário	Superior	
Cárie dentária	Frequências	6	31	26	15	78
	% Motivo da extração	7,7%	39,7%	33,3%	19,2%	100,0%
Doença periodontal	Frequências	0	16	7	8	31
	% Motivo da extração	0,0%	51,6%	22,6%	25,8%	100,0%
Motivo ortodôntico	Frequências	0	3	1	3	7
	% Motivo da extração	0,0%	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
Fratura	Frequências	4	5	3	2	14
	% Motivo da extração	28,6%	35,7%	21,4%	14,3%	100,0%
Outro	Frequências	1	7	5	7	20
	% Motivo da extração	5,0%	35,0%	25,0%	35,0%	100,0%
Total	Frequências	11	62	42	35	150
	% Motivo da extração	7,3%	41,3%	28,0%	23,3%	100,0%

Tabela 4 – Distribuição do motivo de extração em função do nível de escolaridade

2.4. Área de residência e motivo da extração

O motivo da extração é relativamente semelhante entre a área de residência de Setúbal e Lisboa como se pode verificar na tabela 5. A análise estatística revelou ainda não haver diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,472$).

Motivo da extração		Área de residência		Total
		Setúbal	Lisboa	
Cárie dentária	Frequências	63	15	78
	% Motivo da extração	80,8%	19,2%	100,0%
Doença periodontal	Frequências	24	7	31
	% Motivo da extração	77,4%	22,6%	100,0%
Motivo ortodôntico	Frequências	4	3	7
	% Motivo da extração	57,1%	42,9%	100,0%
Fratura	Frequências	9	5	14
	% Motivo da extração	64,3%	35,7%	100,0%
Outro	Frequências	16	4	20
	% Motivo da extração	80,0%	20,0%	100,0%
Total	Frequências	116	34	150
	% Motivo da extração	77,3%	22,7%	100,0%

Tabela 5 – Distribuição do motivo de extração em função da área de residência

2.5. Número de vezes que escovam os dentes e motivo da extração

O número de vezes que os indivíduos escovam os dentes por dia não varia significativamente em função do motivo da extração, $p = 0,099$. Como é possível verificar pela leitura da tabela 6, para quase todos os motivos de extração, o número de vezes que os indivíduos referiram escovar os dentes que mais vezes se registou nesta amostra foi duas vezes.

É possível também verificar que percentagens maiores de extração de dentes por cárie são encontradas em indivíduos que escovam os dentes duas vezes ao invés dos que escovam apenas uma ou até nenhuma. No entanto, a partir das duas vezes por dia de escovagem de dentes, a percentagem de indivíduos que extraiu os seus dentes por cárie começa a decair até aos apenas 2,5%.

Motivo de extração		Número de vezes que escova os dentes					Total
		0	1	2	3	4	
Cárie dentária	Frequências	1	18	44	13	2	78
	% Motivo de extração	1,3%	23,1%	56,4%	16,7%	2,5%	100%
Doença periodontal	Frequências	2	7	18	3	1	31
	% Motivo de extração	6,4%	22,6%	58,1%	9,7%	3,2%	100%
Fratura	Frequências	0	6	5	1	2	14
	% Motivo de extração	0%	42,9%	35,7%	7,1%	14,3%	100%
Motivo ortodôntico	Frequências	0	2	5	0	0	7
	% Motivo de extração	0%	28,6%	71,4%	0%	0%	100%
Outro	Frequências	0	1	12	6	1	20
	% Motivo de extração	0%	5%	60%	30%	5%	200%
Total	Frequências	3	34	84	23	6	150
	% Motivo de extração	2%	22,7%	56%	15,3%	4%	100%

Tabela 6 – Distribuição do motivo de extração em função do número de vezes que escovam os dentes por dia

2.6. Dente a ser extraído e motivo de extração

No que diz respeito ao dente extraído e à relação entre este e o motivo de extração, é possível perceber que existe uma relação estatisticamente significativa ($p = ,002$).

Com base nos dados recolhidos, conclui-se que há uma proporção significativamente mais elevada de dentes do maxilar superior, nomeadamente incisivos, molares e caninos, a serem extraídos por motivos de fratura (28,6%, 28,6% e 21,4% respetivamente), bem como de dentes do maxilar inferior, nomeadamente incisivos, pré-molares e molares, a serem extraídos por motivos periodontais (16,1%, 16,1% e 19,4%, respetivamente), conforme perceptível na tabela 7.

Verifica-se também que em relação ao outro motivo de extração e ao motivo ortodôntico, 90% e 100% respetivamente, corresponde a molares (maxilares e mandibulares).

Por fim, por motivo de cárie dentária encontramos extraídos em maioria, dentes do maxilar superior (67,9%), principalmente molares (39,7%).

Dente a ser extraído	Motivo da extração					Total (%)
	Cárie Dentária (%)	Doença Periodontal (%)	Motivo Ortodôntico (%)	Fratura (%)	Outro (%)	
Incisivos	3	3	0	4	1	11
Maxilares	3,8%	9,7%	0,0%	28,6%	5,0%	7,3%
Caninos	7	1	0	3	0	11
Maxilares	9,0%	3,2%	0,0%	21,4%	0,0%	7,3%
Pré-Molares	12	5	0	1	1	19
Maxilares	15,4%	16,1%	0,0%	7,1%	5,0%	12,7%
Molares	31	4	4	4	10	53
Maxilares	39,7%	12,9%	57,1%	28,6%	50,0%	35,3%
Incisivos	0	5	0	1	0	6
Mandibulares	0,0%	16,1%	0,0%	7,1%	0,0%	4,0%
Caninos	1	2	0	0	0	3
Mandibulares	1,3%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
Pré-Molares	6	5	0	0	0	11
Mandibulares	7,7%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
Molares	18	6	3	1	8	36
Mandibulares	23,1%	19,4%	42,9%	7,1%	40,0%	24,0%
Total (%)	78	31	7	14	20	150
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 7 – Distribuição do motivo de extração em função do dente a ser extraído

2.7. Número de vezes que escovam os dentes e nível de escolaridade

Na tabela 8 encontram-se as médias relativas ao número de vezes que os indivíduos escovam os dentes em relação ao nível de escolaridade. Após a sua análise é possível verificar que as duas variáveis são diretamente proporcionais, ou seja, quanto maior for o nível de escolaridade, maior o número médio de vezes que escovam os dentes.

Assim, a diferença entre estas duas variáveis é estatisticamente significativa, $p = 0,021$. Os testes de comparação múltipla a posteriori indicam-nos ainda que as diferenças significativas se encontram entre os indivíduos com o ensino básico e os com o ensino superior, sendo que estes escovam os dentes mais vezes por dia (2,31 vs 1,76).

	Frequência	Média
Sem estudos	11	1,73
Básico	62	1,76
Secundário	42	2,05
Superior	35	2,31

Tabela 8 – Distribuição do número médio de vezes que escovam os dentes por dia em função do nível de escolaridade

2.8. Número de vezes que escovam os dentes e idade

As diferenças no número de vezes que os indivíduos escovam os dentes por dia em função dos escalões etários não são estatisticamente significativas, $p = 0,971$, sendo que o escalão dos 18-24 é o que apresenta uma maior média, 2,09 ao invés do escalão dos 45-54 onde os indivíduos escovam menos vezes os dentes, 1,91, como verificado na tabela 9.

Idade	Frequência	Média
45-54	22	1,91
> 65	48	1,94
35-44	30	1,97
55-64	22	2,00
25-34	17	2,01
18-24	11	2,09

Tabela 9 – Distribuição do número médio de vezes que escovam os dentes por dia em função dos escalões etários

2.9. Idade e dente a ser extraído

A relação entre dentes a serem extraídos e idade não é estatisticamente significativa ($p = 0,071$), no entanto, e após a análise da tabela 10 podemos verificar que os molares maxilares são os dentes mais vezes extraídos em todas as faixas etárias à exceção das idades compreendidas entre os 18-24 e os 55-64, onde os dentes mais vezes extraídos são os molares mandibulares (54,5%) e os pré-molares mandibulares (27,3%), respetivamente.

Dente a ser extraído	Idade						Total
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	> 65	
Incisivos Maxilares	0 0,0%	0 0,0%	3 10,0%	3 13,6%	1 4,5%	4 8,3%	11 7,3%
Caninos Maxilares	0 0,0%	0 0,0%	2 6,7%	0 0,0%	2 9,1%	7 14,6%	11 7,3%
Pré-Molares Maxilares	1 9,1%	2 11,8%	5 16,7%	2 9,1%	4 18,2%	5 10,4%	19 12,7%
Molares Maxilares	4 36,4%	11 64,7%	11 36,7%	9 40,9%	5 22,7%	13 27,1%	53 35,3%
Incisivos Mandibulares	0 0,0%	0 0,0%	1 3,3%	2 9,1%	0 0,0%	3 6,2%	6 4,0%
Caninos Mandibulares	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,5%	0 0,0%	2 4,2%	3 2,0%
Pré-Molares Mandibulares	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 4,5%	6 27,3%	4 8,3%	11 7,3%
Molares Mandibulares	6 54,5%	4 23,5%	8 26,7%	4 18,2%	4 18,2%	10 20,8%	36 24,0%
Total	11 100,0%	17 100,0%	30 100,0%	22 100,0%	22 100,0%	48 100,0%	150 100,0%

Tabela 10 – Distribuição dos dentes a serem extraídos em função dos escalões etários

IV. DISCUSSÃO

A extração de dentes deveria ser considerado a última opção de entre os tratamentos dentários, uma vez que o edentulismo reduz consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo (Khazaei et al., 2013), além de que a perda de dentes está correlacionada com a morbilidade e mortalidade (Wang, Chen, Liou, & Chou, 2014), motivo pelo qual é um tema de extrema importância para a saúde em geral.

Um levantamento de dados relativos à perda dentária tem sido feito em vários países, o que se torna bastante importante para que possamos determinar quais as principais causas, agindo de acordo com as mesmas, implementando programas de saúde oral apropriados. No entanto, entre países, existe uma grande variedade no que concerne às causas e frequência de extração de dentes (Alesia & Khalil, 2013) e dadas as diversidades culturais que se espelham depois nos serviços dentários disponíveis, é necessário ter cuidado ao comparar os resultados (Sharafat & Negrish, 2013).

O presente estudo apresenta também por si só algumas limitações. A primeira diz respeito ao tamanho da amostra. Isto poderá originar um erro aleatório de amostragem uma vez que, uma pequena amostra da população não contempla toda a variabilidade existente na mesma. A melhor forma de reduzir este erro seria então aumentar o tamanho da presente amostra (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2010).

A segunda, ao facto de nem todos os fatores relevantes para a perda dentária terem sido incluídos no estudo, tais como o tabagismo e a fluoretação das águas. Em relação a este último, diferentes concelhos apresentam diferentes políticas e necessidades no que a este ponto diz respeito. Assim, uma população mais exposta a fluoretos de certo terá um menor índice de cárie e consequentemente menos perdas dentárias por esse motivo (Johnson, Lalloo, Kroon, Fernando, & Tut, 2014).

Outro fator que também não está contemplado de forma explícita no estudo é o nível socioeconómico dos pacientes. Neste, optou-se por perguntar apenas a zona residencial, para que depois de um cruzamento de dados com o INE conseguíssemos perceber qual o perfil da população onde esse indivíduo reside, no que concerne aos rendimentos médios mensais. Portanto, temos apenas uma perspetiva no que diz respeito a este fator, e não resultados fidedignos.

Encontra-se ainda subjacente a veracidade das respostas dadas pelos participantes no estudo relativas à primeira parte do questionário, principalmente no que diz respeito à pergunta “Número de vezes que escova os dentes (por dia)” e “Nível de escolaridade”.

Quanto à segunda parte, mais concretamente ao motivo de extração, deparamo-nos com a inexperiência dos estudantes. Por exemplo, perante um dente com um grau de mobilidade 3 e uma grande lesão de cárie, pode não haver consenso no que concerne a qual será o principal motivo de extração; ou ainda considerarem como fratura um dente que foi fraturado sim, mas devido a uma grande perda de estrutura dentária como resultado de uma cárie dentária.

Tendo presente todas estas limitações, analisaremos os resultados obtidos com extremo cuidado.

O presente estudo indica então que a cárie dentária é o principal motivo de extração de dentes (52,0%), seguida pela doença periodontal (20,7%). Tais resultados vêm de encontro com a maioria dos estudos realizados anteriormente em países tais Kuwait, Paquistão (Kyber), Emirados Árabes Unidos, Nepal, Paquistão (Lahore) e Irão, por exemplo, onde também a cárie dentária foi principal motivo de extração de dentes, 43,7%, 63,25%, 40,96%, 45,7%, 63,1% e 51% respetivamente, seguida da doença periodontal, 37,4%, 20,25%, 33,7%, 39%, 26,2% e 14,4% respetivamente (Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz, 2006; Afridi, Rehman, & Din, 2010; Thomas & Al-Maqdassy, 2010; Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi, 2010; Haseeb, Ali, & Munir, 2012; Jafarian & Etebarian, 2013). As variações de percentagem encontradas refletem uma mudança nos padrões de doença encontrados em alguns destes países (Afridi, Rehman, & Din, 2010).

No entanto, resultados de outros estudos indicam que embora a cárie seja a principal razão, como segunda causa mais frequente encontrava-se, segundo Alesia & Khalil (2013) os motivos de cariz ortodôntico; já para Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009) foi o motivo protético, e por fim para Nasreen & Haq (2011) a pericoronarite.

Ainda em 2006, um estudo realizado no Japão, chega a resultados contrários aos atrás referidos, onde a doença periodontal é o principal motivo de extração de dentes (41,8%) seguido da cárie dentária (32,7%) (Aida et al., 2006).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2010), a cárie dentária, desde a erupção dos dentes, e as doenças periodontais, a partir da idade adulta, são doenças de elevada prevalência e, desse modo, as mais relevantes do ponto de vista de saúde pública. No entanto, nos últimos 20 anos, têm sofrido um declínio na maioria dos países industrializados como resultado de uma série de medidas de saúde pública como a fluoretação das águas, em conjunto com uma mudança de condições e estilos de vida, melhores práticas de cuidados pessoais e ainda a fatores socioeconómicos (Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi, 2010; Filho, Ventura, & Vianna, 2014; Jafarian & Etebarian, 2013).

Bem distante dos países mais desenvolvidos, Portugal é considerado um país com uma experiência de cárie moderada (Melo, Azevedo & Henriques, 2008).

Verifica-se então que não há absoluto consenso quanto aos principais motivos de extração de dentes. As diferenças encontradas podem ter como origem uma amostra populacional muito heterogénea, a progressão da doença periodontal e da cárie dentária durante nos últimos tempos, a diferença nos métodos que são utilizados para determinar a frequência de dentes extraídos por motivos periodontais e a possível atitude negativa de algumas amostras populacionais de realizarem consultas de follow-up regular com base na prevenção (Chrysanthakopoulos, 2011). É necessário ainda avaliar com precaução estas diferenças uma vez que alguns estudos referem-se aos motivos de extração apenas em dentes permanentes, enquanto outros consideram tanto essa dentição como a decídua (Nasreen & Haq, 2011).

Ainda em relação ao motivo de extração dentária, no presente estudo 9,3% dos dentes foram extraídos por fratura e 4,7% por motivo ortodôntico. No que concerne a este último motivo, o valor relativamente baixo difere do encontrado num recente estudo feito à população saudita, onde as extração de cariz ortodôntico foram as segundas mais frequentes, com 18,2%, no entanto tal facto pode ser explicado por maior interesse despendido em considerações estéticas nesta população em geral (Alesia & Khalil, 2013).

Contudo, os presentes valores vão de encontro com estudos realizados em outros países, como é o caso do Kuwait e Croácia, onde 4,3% e 9,8% dos dentes foram extraídos por motivo ortodôntico. Já no que à fratura, como motivo de extração, diz respeito, os valores encontrados são mais elevados que a restante literatura, onde os mesmos variam de 3,6% – 2,4%, o que ainda assim se pode dever ao facto de alguns estudos se referirem apenas a fraturas radiculares, Kuwait, ou apenas verticais, Croácia, enquanto este se refere a todo o tipo de fraturas (Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz, 2006; Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec, 2009).

Ainda assim, a percentagem relativa às fraturas foi bastante elevada, uma vez que em nenhum estudo semelhante, a fratura foi o terceiro motivo de extração, bem pelo contrário, muitas vezes esta até se encontra incluída no motivo “outros” dada a sua minoria comparativamente com outras causas, como é o caso dos estudos realizados por Jafarian & Etebarian (2013) e Nasreen & Haq (2011). Pode também estar associado à forma como o estudante/médico avaliou cada extração, isto é, um dente cariado e já com demasiada perda de estrutura, muitas vezes leva a fratura coronária, e perante tal situação alguns participantes do estudo podem ter considerado como principal motivo a fratura ao

invés de cárie dentária (Afridi, Rehman, & Din, 2010).

A acrescentar a este facto, existe ainda outro motivo para desconfiar que estes valores estão de alguma forma influenciados, uma vez que o presente estudo não contempla idades inferiores a 18 anos e segundo Guedes, de Alencar, Lopes, Pécora, & Estrela (2010), as fraturas por trauma são mais frequentes nas idades dos 6-10 anos e vão diminuindo com o avançar da idade.

Contudo, também o presente questionário pode ter induzido a erro, ao se ter utilizado a palavra “fratura” em vez de “trauma” por exemplo, como foi o caso de Thomas & Al-Maqdassy (2010) e Alesia & Khalil (2013).

Em relação aos restantes motivos, tais como o fracasso endodôntico, o dente impactado ou retido, dente supranumerário, uma vez em baixas percentagens foram englobados nas outras causas, de onde já faziam parte os motivos protéticos e a falta de antagonista, de modo a permitir a aplicação dos testes estatísticos. No total, todas estas causas representam no presente estudo apenas 13,3%, semelhante percentagem encontrada por Aida et al. (2006) num estudo que dividiu os motivos de extração tal como o presente estudo.

No entanto, estudos onde a amostra era maior tornaram possível tomar como causa individual alguns destes motivos e chegar a resultados interessantes como em relação aos dentes supranumerários que segundo Patil & Maheshwari (2014) existem com mais frequência nas mulheres comparativamente com os homens.

Quanto ao género, não foram obtidas diferenças significativas nos motivos de extração dentária, $p > 0,05$, resultado semelhante ao estudo realizado por Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010). No presente estudo, em ambos os géneros o principal motivo de extração é a cárie dentária, embora proporcionalmente deparemo-nos com um maior número de extrações, por este motivo, nos homens (56,2%), um resultado que vai de encontro com outro estudo realizado por Jafarian & Etebarian, (2013).

O género masculino está também associado, regra geral, a um maior risco de doença periodontal severa (Jafarian & Etebarian, 2013), motivo pelo qual grande parte dos estudos referem que a extração de dentes por motivo de doença periodontal é mais comum nos homens relativamente às mulheres (Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz, 2006; Aida et al., 2006; Thomas & Al-Maqdassy, 2010; Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi, 2010; Jafarian & Etebarian, 2013), tal como acontece nos resultados obtidos no presente estudo.

O único motivo de extração onde o sexo feminino obteve maiores percentagens diz respeito à fratura, 11,4%, resultado semelhante ao encontrado por Aida et al. (2006). Também Cohen, Berman, Blanco, Bakland, & Kim (2006) concluíram que as mulheres são por norma mais frequentemente afetadas por fraturas da raiz ao invés dos homens.

No total, houve um maior número de dentes a serem extraídos nos homens (53%), o que está de encontro com um estudo realizado no Paquistão, que chegou a semelhante resultado, o que coincide com o facto de as mulheres serem no geral mais conscientes acerca da sua aparência e estética facial e como tal tendem a procurar tratamentos dentários mais cedo (Haseeb, Ali, & Munir, 2012).

No que à idade diz respeito, foram encontradas diferenças estatísticas significativas ($p = ,000$) tal como em semelhantes estudos anteriores (Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz, 2006; Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec, 2009; Jafarian & Etebarian, 2013).

Verificou-se no presente estudo uma proporção significativamente mais elevada de dentes a serem extraídos por motivos ortodônticos no escalão dos 18-24 anos (85,7%), resultado esse não surpreendente perante a literatura (Jafarian & Etebarian, 2013). A conclusões semelhantes chegaram outros estudos, como um realizado por Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006), onde a segunda maior causa de extração de dentes na faixa etária dos 12-20 foi por questões ortodônticas; outro no Japão, por Aida et al. (2006) onde o principal motivo para a extração de dentes em idades <15 anos também se baseou em questões de cariz ortodôntico; e por fim, resultados semelhantes foram encontrados num estudo realizado por Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009).

Ainda em relação às idades mais jovens, um estudo de Afridi, Rehman, & Din (2010) refere que os casos de extração de dentes por cárie dentária têm vindo a diminuir devido a maiores facilidades no acesso à saúde, um maior nível de educação e motivação no que diz respeito à saúde oral.

Nos restantes escalões, ou seja, para indivíduos com idade > 24 anos, a cárie foi o motivo pelo qual mais vezes se extraíram dentes. Este resultado está de acordo com dois estudos realizados por Haseeb, Ali, & Munir (2012) e Jafarian & Etebarian (2013), no entanto, tal facto não é consensual nas demais investigações semelhantes. Em 2006, um estudo chegou a resultados que indicam que o principal motivo de extração de dentes nos pacientes <41 anos num estudo realizado no Kuwait, e <30 anos num estudo realizado no Nepal, é a cárie dentária. Já para aqueles com idade igual ou superior a essas idades, a

doença periodontal foi o motivo pelo qual se extraíram mais dentes (Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz, 2006; Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi, 2010).

Na sequência dos resultados encontrados nestes últimos dois estudos, outros encontramos que nos indicam que a doença periodontal tem tendência, com a idade, a afetar cada vez mais indivíduos, sendo assim comum nos últimos escalões etários (Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi, 2010; Thomas & Al-Maqdassy, 2010), muito provavelmente devido ao desinteresse por parte desta faixa etária pelas consultas preventivas de follow-up (Chrysanthakopoulos, 2011).

Tal, vai de encontro aos resultados do presente estudo onde um grande número de dentes foi extraído por doença periodontal no escalão > 65 anos, onde encontramos uma proporção significativamente mais elevada em relação aos restantes (35,5%). Semelhante resultado (30,8%) foi encontrado no estudo de Serafim, H. A. P. B (2012).

Verificou-se ainda que a maior percentagem de dentes extraídos por fratura correspondia ao escalão dos 45-54 anos (35,7%), resultado que se encontra em conformidade com um estudo de Cohen, Berman, Blanco, Bakland, & Kim (2006) que embora seja relativo apenas a fraturas radiculares, a maior percentagem (30%) diz respeito ao escalão de 41-50 anos.

Existe também uma maior percentagem de dentes extraídos na faixa etária > 65 anos (32%), tal como o estudo de Serafim, H. A. P. B (2012), o que poderá ser explicado pelo facto da idade por si só ser um forte risco de extração de dentes em indivíduos com idades mais avançadas (Chung, Song, Lee, & Choi, 2011). A prova disso é que no Irão, um estudo realizado por Khazaei et al. (2013), refere que as taxas de edentulismo variam até aos 70,7% em indivíduos com mais de 65 anos. Em vários países industrializados, a população mais idosa, sofreu extrações muito cedo devido à dor ou desconforto, o que levou a uma diminuição da qualidade de vida. (Moysés, 2012).

No entanto as conclusões diferentes chegaram Alesia & Khalil (2013) e Jafarian & Etebarian (2013) com estudos similares ao aqui apresentado. Neste último, os pacientes de idade superior a 60 anos apenas contam com 9,7% de todas as extrações dentárias.

À semelhança do estudo realizado por Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010), no que concerne ao nível de escolaridade, o motivo de extração é relativamente semelhante em todos os níveis estudados, $p > 0,05$, o que indica que não podemos rejeitar a hipótese nula, ou seja, que provavelmente não existe relação entre estas duas variáveis.

Independentemente do nível de escolaridade, o principal motivo de extração foi a cárie dentária em todos os níveis, tal como o estudo de Jafarian & Etebarian (2013), seguido

da doença periodontal mas apenas no que concerne ao ensino básico, secundário e superior, contrastando assim com os resultados a que chegaram Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010), onde indivíduos com o ensino básico ou menos, apresentavam maiores percentagens de extrações dentárias devido a doença periodontal enquanto que os restantes, pertencentes ao grupo que fez o ensino secundário ou universitário, obteve maior percentagem de dentes extraídos por cáries.

Contrastando com os estudos de Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010) e Nasreen & Haq (2011) que concluem que a níveis de escolaridade mais baixo, iliterato ou básico, correspondem maiores percentagens de dentes a serem extraídos, no presente estudo o mesmo não se verifica uma vez que a percentagem de dentes extraídos em pacientes iliteratos é muito baixa, 7,3%, comparada com os referidos anteriormente, 36,2% e 25,5%, respetivamente. Também Chung, Song, Lee, & Choi (2011) afirmam no seu estudo que o número de dentes extraídos é muito baixo em indivíduos com mais de 10 anos de escolaridade em relação aos que não frequentaram o ensino.

Se analisarmos apenas os indivíduos que afirmaram ter algum nível de estudo escolar, ou seja, colocando de parte o grupo dos “sem estudos”, conclui-se que foram extraídos mais dentes em pacientes com o ensino básico completo, 41,3%, percentagem essa que foi diminuindo com o aumento dos níveis de escolaridade, com o ensino secundário a registar 28% e o superior apenas 23,3%. Tais dados estão de acordo com o estudo de Jafarian & Etebarian (2013), onde sujeitos com maiores níveis de escolaridade apresentavam poucas extrações dentárias ao invés daqueles que afirmaram ter baixos ou incompletos níveis de escolaridade.

Um outro estudo mais recente que abordou a temática nível de escolaridade, chegou a conclusões semelhantes, no entanto tratou os dados de forma diferente, avaliando o número de dentes presentes em boca ao invés do número de dentes extraídos por paciente. Assim concluiu que, os níveis “iletrado” e “elementar” tinham maiores percentagens no grupo que tinha <20 dentes em boca. Já o grupo > 20 dentes tinha maiores percentagens nos níveis de escolaridade “elevado júnior”, “elevado sénior” e “graduado” (Wang et al., 2014).

Relativamente à área de residência, como explicado anteriormente, era objetivo verificar se existiria alguma correlação entre esta variável - que depois de um cruzamento de dados com o INE nos forneceu informações sobre o rendimento médio mensal das respetivas populações - e o motivo de extração, tal como o estudo de Afridi, Rehman, & Din (2010) onde os indivíduos que extraíram dentes por motivos ortodônticos eram de

ESE altos e onde a percentagem de extrações devido à cárie dentária foi muito menor nesses estatutos ao invés dos níveis mais baixos. No entanto o mesmo não se verificou, provavelmente porque as diferenças entre estes dois distritos não é muito grande ou porque se deveria ter dividido a amostra por concelho e não por distrito de modo a obter diferenças entre mais significativas, contudo o mesmo não foi possível dado o reduzido tamanho da amostra. Além disso, embora este não tenha sido um estudo comparativo entre zonas, a verdade é que os dois distritos encontrados na amostra são ambos de cariz essencialmente urbano, sendo que diferenças entre populações rurais e urbanas poderiam ser mais facilmente descobertas, levando a que quando comparado com o motivo de extração já pudessem resultar diferenças estatisticamente significativas como o estudo de Spalj, Plancak, Jurić, Pavelić, & Bosnjak (2004). Neste mesmo estudo foram encontradas não só diferenças entre as populações urbanas e rurais com os motivos de extração mas também com o género.

No que concerne ao número de vezes que os indivíduos escovam os dentes por dia não varia significativamente em função do motivo da extração, $p > 0,05$, no entanto, um estudo de Afridi, Rehman, & Din (2010), conclui que relativamente ao motivo de extração “cárie dentária”, identificaram-se 43% dos indivíduos que não escovavam os dentes, ao invés dos 25,5% que escovavam pelo menos uma vez. Contudo, esses dados não se encontram totalmente de acordo com os resultados obtidos neste estudo, onde 1,3% dos indivíduos que extraíram os seus dentes por cárie afirmaram não escovar os dentes ou escovar apenas uma vez, enquanto a grande maioria, 56,4% admitiram escovar 2 vezes por dia.

Também Reisine & Psoter (2001) afirmaram que uma escovagem de dentes com pasta dentrifica associado a uma boa higiene oral, parece estar associada com uma redução do risco de cárie. O que mais uma vez não se encontra totalmente de acordo com os resultados aqui apresentados, onde percentagens maiores de extração de dentes por cárie são encontradas em indivíduos que escovam os dentes duas vezes ao invés dos que escovam apenas uma ou até nenhuma. Contudo, poderemos desconfiar da veracidade das respostas, por um possível constrangimento por parte de alguns indivíduos em admitir que não escovam os dentes ou que apenas o fazem uma vez por dia. A apoiar esta ideia temos o facto de que a partir das duas vezes por dia de escovagem de dentes, a percentagem de indivíduos que extraiu os seus dentes por cárie começa a decair até aos apenas 2,5%, o que já se encontra de acordo com o estudo referenciado atrás de Reisine & Psoter (2001).

No que concerne à doença periodontal, sabe-se que a presença de placa dentária, representada por uma pobre higiene oral, é um dos maiores riscos para o seu desenvolvimento. Essa lacuna na higiene oral deve-se a um método ou duração de escovagem inadequados e ainda por uma frequência incorreta (Wu et al., 2013).

Em relação aos dentes a serem extraídos, e comparando o maxilar superior com o inferior, no presente estudo os mais extraídos dizem respeito ao maxilar superior (62,6%).

Relativamente ao grupo de dentes mais vezes extraído, vários estudos por todo o mundo referem que são os dentes posteriores ou molares (Thomas & Al-Maqdassy, 2010; Alesia & Khalil, 2013), dado esse que apoia os resultados encontrados neste presente estudo onde se identificou como sendo os dentes molares maxilares (35,3%) e os molares mandibulares (24,0%) os dentes mais vezes extraídos. À semelhança destes anteriores resultados, encontramos em outros estudos de Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006), Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009), Thomas & Al-Maqdassy (2010) valores de 23,3% e 29,5%; 25,8% e 23,8%; 26,95% e 25,1%, respetivamente. Também no estudo feito em Portugal, por Serafim, H. A. P. B (2012) chegou à conclusão que os dentes mais vezes extraídos foram os molares maxilares e mandibulares.

Para Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009), tais resultados podem ser explicados pelo facto dos molares se encontrarem mais envolvidos na mastigação e consequentemente estarem mais exposto ao risco de cárie dentária. A acrescer a este dado, temos ainda o facto da população em geral não despende tanta atenção aos mesmos enquanto escovam os dentes uma vez que os mesmos não estão numa zona estética, especialmente em pacientes com baixo nível de escolaridade (Thomas & Al-Maqdassy, 2010).

Ainda em relação aos molares, quando se compara os dentes a serem extraídos e a sua relação com os diversos escalões etários, é possível verificar que estes são os dentes mais vezes extraídos em todas as faixas etárias exceto nas idades compreendidas entre os 55-64, onde os dentes mais vezes extraídos foram os pré-molares seguidos depois pelos molares maxilares. Resultado este que não está em total conformidade com o encontrado por Alesia & Khalil (2013), onde os dentes mais vezes extraídos, independentemente da faixa etária, foram os molares, e que na faixa dos 51-60 os segundos dentes mais vezes extraídos foram os pré-molares mandibulares, ou seja, ordem inversa ao estudo aqui apresentado, e de onde não foi possível achar diferenças estatisticamente significativas, $p > 0,05$.

Em relação ao dente a ser extraído e o seu motivo, existe no presente estudo uma relação estatisticamente significativa, $p < 0,05$, tal como os resultados obtidos por Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006) e Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010).

Por motivo de cárie dentária, os dentes mais vezes extraídos são os molares maxilares (39,7%), o que está de acordo com os autores Thomas & Al-Maqdassy (2010) que concluem que tal resultado se deve ao facto destes serem mais suscetíveis à cárie relativamente aos dentes mandibulares, uma vez que a saliva se acumula mais no maxilar inferior concedendo assim um efeito de limpeza. Para estes resultados em muito contribuem os primeiros molares, que segundo Dixit, Gurung, Gurung, & Joshi (2010), sendo os primeiros dentes permanentes a erupcionarem na cavidade oral, acarretam um maior risco de cárie dentária aquando da ausência de apropriadas medidas preventivas.

Com base nos dados recolhidos, conclui-se também que há uma proporção significativamente mais elevada de dentes do maxilar inferior, nomeadamente incisivos, pré-molares e molares, a serem extraídos por motivos periodontais (16,1%, 16,1% e 19,4%, respectivamente), o que não está de acordo com a maioria dos estudos. Aida et al. (2006), Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006), Thomas & Al-Maqdassy (2010) e Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009) indicam que os dentes mais vezes extraídos por este motivo são os dentes anteriores mandibulares, resultado que segundo os últimos autores, da morfologia natural destes dentes bem como da sua posição na arcada dentária. Também, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006) propõem que tal resultado se deve ao facto dos incisivos mandibulares serem menos suscetíveis à cárie relativamente a outros dentes, e por isso mais prováveis de permanecerem em boca em pacientes de mais idade onde a doença periodontal começa a ser a causa mais comum para a extração de dentes. O mesmo refere Jafarian & Etebarian (2013), mas aplicando a todos os dentes anteriores.

Neste estudo, também é possível verificar que existe uma proporção significativamente mais elevada de dentes do maxilar superior, nomeadamente incisivos, molares e caninos, a serem extraídos por motivos de fratura. Contudo, e de modo a comparar estes resultados, poucos são os estudos que consideram a fratura como um motivo isolado e não fazendo parte do grupo dos “outros motivos”, ainda assim, um estudo realizado por Aida et al. (2006) obteve como o dente mais vezes extraído por este motivo o canino maxilar, enquanto que o estudo de Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006) refere ser os incisivos maxilares. Ou seja, segundo estes estudos,

que estão ainda de acordo com a restante literatura, os dentes mais vezes afetados por trauma são os dentes do maxilar superior, apenas os anteriores, principalmente incisivos centrais e laterais (Guedes et al., 2010) excluindo assim os molares, contrariamente ao que acontece no presente estudo, levando assim a se desconfiar que se trata de uma lacuna na determinação do principal motivo de extração.

No que diz respeito ao motivo ortodôntico, todos os dentes extraídos tinham indicação dos ortodontistas, e foram apenas molares (maxilares e mandibulares), mais concretamente terceiros molares inclusos, contrastando assim com alguns estudos realizados por de Al-Shammari, Al-Ansari, Al-Melh, & Al-Khabbaz (2006), Kalauz, Prpic-Mehicic, & Katanec (2009), Alesia & Khalil (2013) e Jafarian & Etebarian (2013), cujos resultados revelam que os dentes mais vezes extraídos por este motivo foram os pré-molares mandibulares e maxilares.

As diferenças entre o número de vezes que os indivíduos escovam os dentes por dia e os escalões etários, não são estatisticamente significativas, $p > 0,05$. No entanto, o número médio de vezes que os pacientes da faixa etária dos 18-24 escova os dentes revelou ser a maior, 2,09. Uma explicação para este resultado pode residir no facto da geração mais jovem beneficiar da implementação de mais programas preventivos nas escolas (Alesia & Khalil, 2013). A mesma justificação pode ser utilizada para explicar o facto de quando se compara o número de vezes que os indivíduos escovam os dentes com o nível de escolaridade, se verificar que as duas variáveis são diretamente proporcionais, ou seja, quanto maior for o nível de escolaridade, maior o número médio de vezes que escovam os dentes.

No que concerne então às diferenças entre o número de vezes que se escova os dentes com o nível de escolaridade, estas são estatisticamente significativas, $p < 0,05$. Os testes de comparação múltipla a posteriori indicam que as diferenças significativas se encontram entre os indivíduos com o ensino básico e os com o ensino superior, sendo que estes escovam os dentes mais vezes por dia (2,31 vs 1,76).

Por fim, umas últimas notas em relação ao grupo dos “Outros motivos de extração” de onde fazem parte o fracasso endodôntico, a impactação, os dentes supranumerários, a extração por motivos profiláticos ou por falta de antagonista, entre outros. Embora não tenhamos dados no presente estudo relativos a estes motivos, outros existem que nos podem fornecer algumas informações.

Relativamente ao fracasso endodôntico, por exemplo, este é, a seguir à doença periodontal, o segundo motivo mais frequente pelo qual se extraem os dentes

endodonciados, e que mais frequentemente correspondem aos molares mandibulares (51.3%), seguido pelos molares maxilares (16.6%) e pré molares maxilares (11.7%) (Touré et al., 2011).

No que à impactação dentária diz respeito, esta é muitas vezes causa de extração de terceiros molares em adolescentes e adultos, enquanto que nas crianças os dentes mais vezes extraídos devido a este motivo são os caninos superiores, o que segue na sequência dos dados encontrados que indicam que as impactações maxilares ocorrem 10-20 vezes mais que as mandibulares. O mesmo estudo, chegou a resultados que indicam que existe uma maior prevalência nas mulheres, no entanto, não existe diferença significativa entre o tipo de dentes impactados e o género (Patil & Maheshwari, 2014).

Em relação aos motivos profiláticos, a média de idades dos pacientes que extraem os seus terceiros molares no Reino Unido é de 32,1 anos (McArdle et al., 2014). No entanto é necessário avaliar os potenciais riscos destas extrações profiláticas, tais como a lesão do nervo dentário inferior, dor, infeções, trismos, hemorragias, desordens tempero-mandibulares, entre outros, e considerar outras possíveis opções tais como a coronectomia (Huang et al., 2014; McArdle et al., 2014).

Cientificamente, a extração dos dentes é considerada como uma decorrência do agravamento das doenças orais mais prevalentes, entre elas a cárie. Mas na prática, ocorre como solução definitiva para dor, sendo motivada principalmente pela falta de acesso ao serviço e à condição socioeconómica (Costa et al., 2013).

Em Portugal, o sistema nacional de saúde não cobre cuidados dentários preventivos, existindo apenas algumas medidas específicas consoante a população alvo, como é o caso dos cheques dentista, que não só dão acesso a áreas como prevenção mas também o diagnóstico e o tratamento. Os beneficiários destes cheques incluem-se em quatro segmentos populacionais, sendo eles: Crianças e Jovens; Mulheres grávidas; Idosos; e Doentes com a infeção VIH/sida. No entanto, apenas algumas clínicas têm acordo com este programa, sendo que as clínicas onde o presente estudo foi realizado não fazem parte dessa mesma lista (Portal da saúde, 2013). Em 2013, o programa nacional de promoção da saúde oral sofreu um alargamento, e em vez de abranger apenas algumas faixas etárias até aos 13 anos, passou então a estender-se até aos jovens de 15 anos completos, estimando-se que assim fossem abrangidos mais de 50.000 jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social (Portal da saúde, 2013).

Ao invés deste sistema, os seguros privados, aplicados em qualquer faixa etária, cobrem muitos dos tratamentos, nomeadamente os preventivos. No entanto, os mesmos

não são acessíveis para toda a população, uma vez que a sua adesão requer algum custo por parte do utente. No caso da clínica Universitária Egas Moniz, esta não tem qualquer acordo com este tipo de seguros; o oposto encontramos na Clínica Cuf de Cascais, onde parte dos utentes são utilizadores destes serviços.

V. CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos, e de acordo com os objetivos propostos no âmbito deste trabalho, conclui-se que:

- O principal motivo para a extração de dentes foi a cárie dentária e a doença periodontal;
- Ambas foram mais comuns nos homens, embora a diferença entre género não tenha sido estatisticamente significativa. Já a cárie dentária é a causa mais frequente nas idades > 24 anos e nos molares maxilares; enquanto o maior número de dentes extraídos por doença periodontal se registou no escalão de idade > 65 anos e em molares mandibulares, tendo-se verificado que existe uma diferença significativamente estatística quer em relação à idade, quer em relação ao tipo de dente, com o motivo de extração;
- Também se verificaram diferenças significativas quando relacionado o número de vezes que os indivíduos escovam os dentes e o nível de escolaridade, sendo as duas variáveis proporcionais;
- No que concerne à relação entre a área de residência com o motivo de extração, bem como o número de vezes que os indivíduos escovam os dentes relativamente ao motivo e aos escalões etários, não se verificaram diferenças significativamente estatísticas;
- Com o objetivo de preservar a saúde oral e melhorar assim a qualidade de vida, os pacientes devem estar melhor informados sobre o importante papel que os dentes e advertidos para que mantenham uma boa higiene oral e visitem regularmente o seu médico dentista. Diferentes programas comunitários devem também ser implementados consoante o grupo alvo, preenchendo assim as necessidades existentes, determinadas por análises epidemiológicas como o presente estudo;
- Deve existir também um cuidado especial aquando da formação universitária dos novos médicos dentistas, de modo a que estes saibam determinar corretamente o motivo pelo qual vão extrair dentes;
- A saúde é então o bem mais precioso, um capital humano que é preciso aprender a gerir e em que é necessário investir e saber como valorizar positivamente os fatores que a determinam.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Afridi, S. H., Rehman, B., & Din, Q. ud. (2010). Causes of tooth extraction in oral surgery an analysis of 400 patients reporting to khyber college of dentistry. *Journal of Pakistan Dental Association*, 19(2), 110–114.
- Aida, J., Ando, Y., Akhter, R., Aoyama, H., Masui, M., & Morita, M. (2006). Reasons for permanent tooth extractions in Japan. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 16(5), 214–9. Disponível em <http://jlc.jst.go.jp/JST.JSTAGE/jea/16.214?from=Google>
- Akinci Cansunar, H., & Uysal, T. (2014). Comparison of orthodontic treatment outcomes in nonextraction, 2 maxillary premolar extraction, and 4 premolar extraction protocols with the American Board of Orthodontics objective grading system. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics: Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, 145(5), 595–602. doi:10.1016/j.ajodo.2013.11.022
- Al-Shammari, K. F., Al-Ansari, J. M., Al-Melh, M. A., & Al-Khabbaz, A. K. (2006). Reasons for tooth extraction in Kuwait. *Medical Principles and Practice: International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 15(6), 417–22. doi:10.1159/000095486
- Alesia, K., & Khalil, H. S. (2013). Reasons for and patterns relating to the extraction of permanent teeth in a subset of the Saudi population. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 5, 51–6. doi:10.2147/CCIDE.S49403
- Andreasen, J. O., Ahrensburg, S. S., & Tsilingaridis, G. (2012). Root fractures: the influence of type of healing and location of fracture on tooth survival rates - an analysis of 492 cases. *Dental Traumatology: Official Publication of International Association for Dental Traumatology*, 28(5), 404–9. doi:10.1111/j.1600-9657.2012.01132.x
- Berman, L. H., & Kuttler, S. (2010). Fracture necrosis: diagnosis, prognosis assessment, and treatment recommendations. *Journal of Endodontics*, 36(3), 442–6. doi:10.1016/j.joen.2009.12.018
- Bockow, R. (2014). Treatment planning with corticotomy-facilitated orthodontics. *Seminars in Orthodontics*, 1–11. doi:10.1053/j.sodo.2014.06.003
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia básica*. *Epidemiologia básica* (p. 52). Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591612&indexSearch=ID>
- Buchwald, S., Kocher, T., Biffar, R., Harb, A., Holtfreter, B., & Meisel, P. (2013). Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal

- population-based study. *Journal of Clinical Periodontology*, 40(3), 203–11. doi:10.1111/jcpe.12056
- Cardoso, H. (2006). A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas : dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*, 247–272. Disponível em https://www.uc.pt/en/cia/publica/AP_artigos/AP22.23.11_Cardoso.pdf
- Carlos, A., Ruellas, D. O., Martins, R., & Romano, F. L. (2010). Tooth extraction in orthodontics: an evaluation of diagnostic elements. *LILACS-1998 BBO-1998 ...*, 15(3), 134–157. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n3/en_17.pdf
- Chaves, S. C. L., & Vieira-da-Silva, L. M. (2008). Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 86(1), 119–28. doi:10.1016/j.healthpol.2007.10.001
- Chrysanthakopoulos, N. A. (2011). Periodontal reasons for tooth extraction in a group of greek army personnel. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 5(2), 55–60. doi:10.5681/joddd.2011.012
- Chrysanthakopoulos, N. A., & Vlassi, C. K. (2013). Reasons and risks of permanent teeth extraction. The general dental practice in Greece. *International Journal of Medical Dentistry*, 315–321.
- Chung, S.-Y., Song, K.-B., Lee, S. G., & Choi, Y.-H. (2011). The strength of age effect on tooth loss and periodontal condition in Korean elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2), e243–8. doi:10.1016/j.archger.2011.04.021
- Cohen, S., Berman, L. H., Blanco, L., Bakland, L., & Kim, J. S. (2006). A demographic analysis of vertical root fractures. *Journal of Endodontics*, 32(12), 1160–3. doi:10.1016/j.joen.2006.07.008
- Costa, S. de M., Abreu, M. H. N. G. de, Vasconcelos, M., Lima, R. de C. G. S., Verdi, M., & Ferreira, E. F. (2013). Inequalities in the distribution of dental caries in Brazil: a bioethical approach. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 461–70. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23358771>
- Costa, S. de M., Vasconcelos, M., & Abreu, M. H. N. G. (2013). Impact of dental caries on quality of life among adults resident in greater Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1971–80. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n7/12.pdf>
- Dable, R. a, Nazirkar, G. S., Singh, S. B., & Wasnik, P. B. (2013). Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 7(9), 2063–7. doi:10.7860/JCDR/2013/6377.3406
- Decreto de Lei nº49/2005 de 30 de Agosto. Diário da República nº166/2005 – I Série-A. Assembleia da República. Lisboa.

- Direcção-Geral de Saúde. (2008). Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Disponível a 3 de Agosto 2014, em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>
- Dixit, L. P., Gurung, C. K., Gurung, N., & Joshi, N. (2010). Reasons underlying the extraction of permanent teeth in patients attending Peoples Dental College and Hospital. *Nepal Medical College Journal : NMCJ*, 12(4), 203–6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21744759>
- Ferreira-Nóbilo, N. D. P., Sousa, M. D. L. R. De, & Cury, J. A. (2014). Conceptualization of dental caries by undergraduate dental students from the first to the last year. *Brazilian Dental Journal*, 25(1), 59–2. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24789294>
- Filho, P. A., Ventura, R., & Vianna, M. (2014). Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina : revisão sistemática, 35(3), 67–77.
- Glick, M., Monteiro da Silva, O., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., Kess, S., Eiselé, J.L., Séverin, T. (2012). FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal*, 62(6), 278–91. doi:10.1111/idj.12009
- Guedes, O. A., de Alencar, A. H. G., Lopes, L. G., Pécora, J. D., & Estrela, C. (2010). A retrospective study of traumatic dental injuries in a Brazilian dental urgency service. *Brazilian Dental Journal*, 21(2), 153–7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20640363>
- Hayasaka, K., Tomata, Y., Aida, J., Watanabe, T., Kakizaki, M., & Tsuji, I. (2013). Tooth loss and mortality in elderly Japanese adults: effect of oral care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(5), 815–20. doi:10.1111/jgs.12225
- Houshmand, M., Holtfreter, B., Berg, M. H., Schwahn, C., Meisel, P., Biffar, R., Kindler, S., Kocher, T. (2012). Refining definitions of periodontal disease and caries for prediction models of incident tooth loss. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(7), 635–44. doi:10.1111/j.1600-051X.2012.01892.x
- Huang, G. J., Cunha-Cruz, J., Rothen, M., Spiekerman, C., Drangsholt, M., Anderson, L., & Roset, G. a. (2014). A prospective study of clinical outcomes related to third molar removal or retention. *American Journal of Public Health*, 104(4), 728–34. doi:10.2105/AJPH.2013.301649
- Instituto Nacional Estatitica. (2013). *Anuário Estatístico de Portugal 2012*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=209570943&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Taxa bruta de escolarização no ensino básico (%) por Localização geográfica; Anual. Disponível a 2 de Julho 2014, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003914&contexto=bd&selTab=tab2

- Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Taxa bruta de escolarização no ensino secundário (%) por Localização geográfica; Anual. Disponível a 2 de Julho 2014, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003914&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Taxa de escolarização no ensino superior (%) por Localização geográfica (NUTS – 2002); Anual. Disponível a 2 de Julho 2014, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003914&contexto=bd&selTab=tab2
- Jafarian, M., & Etebarian, a. (2013). Reasons for extraction of permanent teeth in general dental practices in Tehran, Iran. *Medical Principles and Practice : International Journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 22(3), 239–44. doi:10.1159/000345979
- Johnson, N., Lalloo, R., Kroon, J., Fernando, S., & Tut, O. (2014). Effectiveness of water fluoridation in caries reduction in a remote Indigenous community in Far North Queensland. *Australian Dental Journal*. doi:10.1111/adj.12190
- Kalauz, A., Prpic-Mehicic, G., & Katanec, D. (2009). The Reasons for Tooth Extractions : A Pilot Study. *Acta Stomatol Croat Journal*, 43(2), 110–116.
- Khalifa, N., Allen, P. F., Abu-bakr, N. H., & Abdel-Rahman, M. E. (2012a). Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*, 54(4), 303–12. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23221155>
- Khalifa, N., Allen, P. F., Abu-bakr, N. H., Abdel-Rahman, M. E., & Abdelghafar, K. O. (2012). A survey of oral health in a Sudanese population. *BMC Oral Health*, 12(1), 5. doi:10.1186/1472-6831-12-5
- Khambete, N., Kumar, R., Risbud, M., Kale, L., & Sodhi, S. (2012). Dentigerous cyst associated with an impacted mesiodens: report of 2 cases. *Imaging Science in Dentistry*, 42(4), 255–60. doi:10.5624/isd.2012.42.4.255
- Khazaei, S., Keshteli, a H., Feizi, A., Savabi, O., & Adibi, P. (2013). Epidemiology and risk factors of tooth loss among Iranian adults: findings from a large community-based study. *BioMed Research International*, 2013, 786462. doi:10.1155/2013/786462
- Konstantonis, D., Anthopoulou, C., & Makou, M. (2013). Extraction decision and identification of treatment predictors in Class I malocclusions. *Progress in Orthodontics*, 14, 47. doi:10.1186/2196-1042-14-47
- Krishnan, B., Sheikh, M. H. El, Rafa, E.-G., & Orafi, H. (2009). Indications for removal of impacted mandibular third molars: a single institutional experience in Libya. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*, 8(3), 246–8. doi:10.1007/s12663-009-0060-5

- Maia, L., & Maia, M. (2010). Otimização do tracionamento de canino impactado pela técnica do arco segmentado: relato de caso clínico. *Rev. Clínica Ortodontia Dental Press*, 61–68. Disponível em http://orthomaia.com.br/artigos/tracionamento_2010.pdf
- Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Disponível em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/93>
- McArdle, L. W., McDonald, F., & Jones, J. (2014). Distal cervical caries in the mandibular second molar: an indication for the prophylactic removal of third molar teeth? Update. *The British Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 52(2), 185–9. doi:10.1016/j.bjoms.2013.11.007
- McMillan, A. S., & Wong, M. C. M. (2001). Emotional effects of tooth loss in community-dwelling elderly people in Hong Kong. *The International Journal of Prosthodontics*, 17(2), 172–6. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15119867>
- Mehta, A., & Kaur, G. (2011). Oral health-related quality of life—the concept, its assessment and relevance in dental research and education. *Indian Journal of Dentistry*, 2(2), 26–29. doi:10.1016/S0975-962X(11)60007-5
- Melo, P., Azevedo, A., & Henriques, M. (2008). Cárie Dentária—a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 253–259.
- Moysés, S. (2012). Inequalities in oral health and oral health promotion. *Brazilian Oral Research*, 26 Suppl 1, 86–93. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318749>
- Nasreen, T., & Haq, M. (2011). Factors of tooth extraction among adult patients attending in exodontia department of Dhaka Dental College and Hospital. *Bangladesh Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 2(1), 7–10. Disponível em <http://www.banglajol.info/bd/index.php/BJODFO/article/view/15996>
- Navarro, B. G., Jané Salas, E., Olmo, I. T., I Muñoz, A. F., Juárez Escalona, I., & López-López, J. (2014). Maxillary dentigerous cyst and supernumerary tooth. Is it a frequent association? *Oral Health and Dental Management*, 13(1), 127–31. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24603929>
- Oliveira, D. (2010). Determinantes do estado de saúde dos Portugueses. Disponível em <http://run.unl.pt/handle/10362/3423>
- Ozeç, I., Hergüner Siso, S., Taşdemir, U., Ezirganli, S., & Göktolga, G. (2009). Prevalence and factors affecting the formation of second molar distal caries in a Turkish population. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(12), 1279–82. doi:10.1016/j.ijom.2009.07.007
- Paganini-Hill, A., White, S. C., & Atchison, K. a. (2011). Dental health behaviors, dentition, and mortality in the elderly: the leisure world cohort study. *Journal of Aging Research*, 2011, 156061. doi:10.4061/2011/156061

- Patil, S., & Maheshwari, S. (2014). Prevalence of impacted and supernumerary teeth in the North Indian population. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6(2), e116–20. doi:10.4317/jced.51284
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar (proposta conceptual). (2010). Porto: Ordem dos Médicos Dentistas
- Pordata. (2013). Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo – Portugal. Disponível a 23 de Julho 2014, em <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-2517>
- Portal da saúde. (2013). Protocolo para alargamento do Programa de Saúde Oral. Disponível a 15 de Julho 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/alargamento+oral.htm>
- Portal da saúde. (2013). Cheques-dentista. Disponível a 15 de Julho 2014, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/saude+oral/cheques+dentista.htm>
- Reisine, S. T., & Psoter, W. (2001). Socioeconomic status and selected behavioral determinants as risk factors for dental caries. *Journal of Dental Education*, 65(10), 1009–16. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11699971>
- Ribeiro, M. da R. (2011). *Dentes supranumerários: revisão de literatura* (Trabalho de conclusão de curso). Faculdade de odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Russell, S. L., Gordon, S., Lukacs, J. R., & Kaste, L. M. (2013). Sex/Gender differences in tooth loss and edentulism: historical perspectives, biological factors, and sociologic reasons. *Dental Clinics of North America*, 57(2), 317–37. doi:10.1016/j.cden.2013.02.006
- Sabbah, W., Tsakos, G., Sheiham, A., & Watt, R. G. (2009). The role of health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. *Social Science & Medicine* (1982), 68(2), 298–303. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.030
- Santos, V. B. dos, Souza, A. B. de, Sapata, V. M., Correa, G. de O., Marson, F. C., & Oliveira e Silva, C. (2013). Radiographic prevalence of unerupted and supernumerary teeth. *RGO: Revista Gaúcha de Odontologia*, 107–111. Disponível em <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Radiographic+prevalence+of+unerupted+and+supernumerary+teeth#0>
- Serafim, H. A. P. B. (2012). *As causas de extração dentária na clínica pedagógica de medicina dentária da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa* (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

- Shanmugam, K., Masthan, K., Balachander, N., Sudha, J., & Sarangarajan, R. (2013). Dental caries vaccine - a possible option? *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 7(6), 1250–3. doi:10.7860/JCDR/2013/5246.3053
- Sharafat, F.-S. Al, & Negrish, A. R. S. Al. (2013). Reasons for extration of teeth in central region of Jordan. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 28(2), 233–236.
- Steed, M. B. (2014). The indications for third-molar extractions. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 145(6), 570–3. doi:10.14219/jada.2014.18
- Thomas, S., & Al-Maqdassy, S. (2010). Causes and pattern of tooth mortality among adult patients in a teaching dental hospital. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, (2(4)), 160–167. Disponível em <http://journals.sfu.ca/ijmbs/index.php/ijmbs/article/viewArticle/40>
- Thomson, W. M., Sheiham, A., & Spencer, a J. (2012). Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontology 2000*, 60(1), 54–63. doi:10.1111/j.1600-0757.2011.00405.x
- Touré, B., Faye, B., Kane, A. W., Lo, C. M., Niang, B., & Boucher, Y. (2011). Analysis of reasons for extraction of endodontically treated teeth: a prospective study. *Journal of Endodontics*, 37(11), 1512–5. doi:10.1016/j.joen.2011.07.002
- Tsakos, G., Watt, R. G., Sheiham, A., & Guarnizo-Herreno, C. (2013). Oral health and welfare state regimes: a cross-national analysis of European countries. *European Journal of Oral Sciences*, (29), 169–175. doi:10.1111/eos.12049
- Wang, T.-F., Chen, Y.-Y., Liou, Y.-M., & Chou, C. (2014). Investigating tooth loss and associated fators among older Taiwanese adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 446–53. doi:10.1016/j.archger.2014.01.002
- Wu, Y., Liu, J., Sun, W., Chen, L., Chai, L., Xiao, X., & Cao, Z. (2013). Periodontal status and associated risk fators among childbearing age women in Cixi City of China. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 14(3), 231–9. doi:10.1631/jzus.B1200034

VII. ANEXOS



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, 10 de Janeiro de 2014

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação do Doutor Vítor Tavares, solicita-se autorização para a participação no estudo "Causas de extração dentária na Clínica Universitária Egas Moniz e na Clínica Cuf de Cascais: estudo epidemiológico" que tem por objetivos determinar as principais causas de extração de dentes permanentes e avaliar a possível correlação entre essas mesmas causas com variáveis como a idade, o sexo, o tipo de dente, a higiene dentária, a zona residencial e o nível educacional.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo 1 – Consentimento informado

Causas de extração dentária na Clínica Universitária Egas Moniz e na Clínica Cuf de Cascais: estudo epidemiológico

Paciente:

Sexo: (Assinale com um X) F ☐ M ☐

Idade: _____

Área de Residência: _____

Nível educacional: (Assinale com um X)

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 1. Sem estudos | ☐ |
| 2. Ensino Básico (completo) | ☐ |
| 3. Ensino Secundário (completo) | ☐ |
| 4. Ensino Superior (completo) | ☐ |

Número de vezes que escova os dentes: (Por dia) _____

Médico/Estudante:

Dente a ser extraído: (Assinale com um X)

	Sup.	Inf.
▪ Incisivo Central	☐	☐
▪ Incisivo Lateral	☐	☐
▪ Canino	☐	☐
▪ 1º Pré-molar	☐	☐
▪ 2º Pré-molar	☐	☐
▪ 1º Molar	☐	☐
▪ 2º Molar	☐	☐
▪ 3º Molar	☐	☐

Causa da extração: (Assinale com um X)

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| ▪ Cárie dentária | ☐ |
| ▪ Doença Periodontal | ☐ |
| ▪ Dente impactado ou retido | ☐ |
| ▪ Dente supranumerário | ☐ |
| ▪ Motivo ortodôntico | ☐ |
| ▪ Fratura | ☐ |
| ▪ Fracasso endodôntico | ☐ |
| ▪ Outra: | ☐ Qual?: _____ |