

Impacto do número de dentes no desempenho de atividades diárias

The dental number influence on daily performance

Polliana Vilaça Silva*

Sergilene Rodrigues Ferreira de Santana*

Elvia Christina Barros de Almeida**

Ana Cláudia da Silva Araújo***

Renata Cimões***

Estela Santos Gusmão****

Resumo

O objetivo do presente estudo foi avaliar o impacto causado pela perda de dentes no desempenho de atividades diárias de pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. Foi realizado um estudo transversal qualitativo analítico em uma amostra constituída por cem pacientes. Adotou-se o índice de impacto odontológico no desempenho diário (IODD), composto por dois formulários que serviram para avaliar os dados relativos à dimensão biopsicossocial investigada (impacto da saúde bucal e da perda de dentes nas atividades diárias). Observou-se que 76% dos entrevistados relataram que o ato de mastigar e saborear os alimentos foi a atividade diária que sofreu maior impacto, seguida da atividade falar e pronunciar palavras claramente e sem dificuldade, com 46%. A atividade que menos sofreu impacto, segundo os participantes, foi a realização de exercícios físicos (4%). Houve associação significativa entre a renda e o IODD, com os pacientes com maior renda percebendo menor impacto na sua saúde bucal ($p = 0,049$). Além disso, o número de dentes relacionado ao IODD demonstrou que os pacientes com maior número de dentes perceberam impacto menor em sua saúde ($p = 0,048$). Em relação ao nível de escolaridade, não foi observado valor estatisticamente significativo ($p = 0,097$). Conclui-se que o índice dos impactos odontológicos mostrou tendência a uma relação significativa com a renda e com o número de dentes. Além disso, o número de dentes influenciou na autopercepção de impactos odontológicos na vida diária.

Palavras-chave: Saúde bucal. Qualidade de vida. Impacto psicossocial.

Introdução

A definição atual de saúde envolve tanto aspectos clínicos quanto subjetivos¹, mas a preocupação com a saúde bucal é relativamente recente e sofreu modificações nos últimos anos². Faz-se tal afirmação porque hoje se sabe que a saúde bucal tem forte influência na qualidade de vida, pois alguns estudos já comprovaram que a falta de dentes prejudica a ingestão de nutrientes e o comportamento psicossocial dos indivíduos³⁻⁶.

Atualmente, tem sido dada grande importância às pesquisas que envolvem o impacto das doenças sobre a qualidade de vida dos indivíduos. A epidemiologia bucal tem usado indicadores clínicos para identificar fatores de risco, avaliar prognósticos, tipos de tratamentos mais eficazes, identificar a prevalência e incidência e avaliar políticas de saúde bucal^{7,8}.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto causado pela perda de dentes no desempenho de atividades diárias de pacientes atendidos nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPE, relacionando ao sexo, idade, renda, escolaridade e número de dentes presentes.

* Cirurgiões-dentistas pela UFPE.

** Aluna do curso de Mestrado em Clínica Integrada do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucocomaxilofacial da UFPE.

*** Doutoradas em Saúde Coletiva, professoras Adjuntas da disciplina de Clínica Integrada do Departamento de Prótese e Cirurgia Bucocomaxilofacial da UFPE.

**** Doutora em Periodontia, professora Adjunta da disciplina de Periodontia da UPE.

Materiais e método

Foi realizado um estudo transversal quali-quantitativo analítico, em que causas e efeitos foram detectados simultaneamente, no período entre agosto de 2005 e março de 2006, com um total de cem pacientes. Como critérios de inclusão, os pacientes deveriam apresentar alguma condição clínica que necessitasse de tratamento odontológico, além de estarem freqüentando a clínica Integrada ou a de Prótese da Faculdade de Odontologia da UFPE para tratamento. Assim, a amostra deste estudo foi de conveniência, ou seja, não aleatória.

Para a pesquisa foram adotados o índice de impacto odontológico no desempenho diário (IODD) e um formulário para avaliação dos fatores socioeconômicos. O modelo no qual se baseia o IODD é a classificação internacional de comprometimentos, incapacidades e deficiências da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual foi modificado por Locker⁹ (1988) para viabilizar sua aplicação na odontologia. É constituído por cinco cartões: o primeiro questiona sobre as dificuldades encontradas nos últimos seis meses; o segundo, sobre a freqüência de ocorrência da dificuldade citada; o terceiro, sobre o número de vezes de ocorrência da dificuldade; o quarto, sobre a freqüência de ocorrência da dificuldade em um período maior e o quinto, sobre a classificação de severidade da dificuldade.

Tais cartões eram respondidos em seqüência, sendo as respostas dos seguintes dependentes das respostas obtidas no anterior. Os cinco cartões continham oito perguntas referentes a aspectos funcionais, psicológicos e sociais: mastigar e saborear alimentos; limpar e higienizar os dentes; falar e pronunciar palavras sem dificuldades; sorrir/gargalhar; ficar à vontade com outras pessoas; manter seu estado emocional usual sem ficar nervoso; realizar atividades físicas; dormir. Em seguida, era atribuída uma classificação numérica a cada resposta.

Além disso, o índice também verificou a severidade e a freqüência dos impactos percebidos. Os entrevistados foram classificados através de escores que variaram de 0 a 5, indicando o quanto o impacto influenciara nas atividades diárias. Assim, o escore 5 representou um grande impacto e 0, nenhum impacto. As atividades apontadas pelos entrevistados como de nenhum impacto eram automaticamente excluídas dos cartões seguintes, não sendo mais incluídas no somatório final dos escores. A soma da classificação do desempenho de cada atividade determinou o escore da classificação final.

O impacto total em cada desempenho foi calculado multiplicando-se a classificação de freqüência pela severidade, sendo a classificação total a soma de todas as classificações de desempenho. Em seguida, a soma foi dividida pelo escore máximo possível, que é 200 (8 classificações de desempenho x 5 de freqüência x 5 de severidade). Por fim, multiplicou-se por 100 e obteve-se o valor percentual que corresponderia ao IODD do paciente. Assim, obteve-se:

$$\text{IODD} = \frac{\text{Soma da classificação de cada atividade} \times 100}{200}$$

A máxima pontuação corresponde à soma das oito categorias multiplicadas pelas cinco pontuações de freqüência e pelas cinco pontuações de severidade ($8 \times 5 \times 5 = 200$). A fórmula do cálculo é (pontuação da freqüência do impacto bucal em comer x severidade da pontuação no impacto em comer) + (freqüência de falar x severidade de falar) + (freqüência de limpeza dos dentes x severidade de limpar os dentes) + (freqüência de dormir x severidade de dormir) + (freqüência de sorrir x severidade de sorrir) + (freqüência da estabilidade emocional x severidade de estabilidade emocional) + (freqüência de realizar atividades físicas x severidade de realizar atividades físicas) + (freqüência no contato com as pessoas x severidade no contato com as pessoas) ÷ 200 x 100.

A variável dependente estudada foi o impacto em relação ao número de dentes presentes no desempenho diário, e as variáveis independentes foram o sexo, idade, escolaridade, renda e número de dentes.

Para a análise estatística dos dados obtidos foi utilizado o programa Statistical Package Social Sciences (SPSS) versão 13.0 (Universidade de Évora, Évora, Portugal). Para as tomadas de decisões estatísticas foi adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Foram utilizados testes estatísticos para relacionar a variável dependente com as variáveis independentes. O teste qui-quadrado avaliou a relação entre as variáveis agrupadas duas a duas, sempre relacionando a variável dependente às variáveis independentes.

As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador durante todo o período do estudo, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE, de acordo com a resolução nº 196/96, com a Ref. Protocolo de Pesquisa nº 156/2005.

Resultados

Na população estudada, 76% dos entrevistados eram do sexo feminino e 24%, do masculino. A distribuição segundo a escolaridade mostrou que 56% dos pacientes apresentavam o ensino médio concluído ou possuíam nível superior, ao passo que 44% apresentavam escolaridade inferior ao ensino médio.

A Tabela 1 demonstra a distribuição dos participantes segundo as variáveis idade, renda, número de dentes presentes na boca, número de dentes anteriores e posteriores, IODD, freqüência do IODD, severidade do IODD, além do número total de problemas encontrados, destacando a média destas variáveis analisadas e o desvio-padrão encontrado em cada uma delas. Foi observado que os pacientes que par-

tiparam da pesquisa tinham uma idade média de 46,92 anos e apresentavam, em média, uma renda de R\$ 922,50. Em relação aos elementos dentários presentes, pôde-se perceber que, em média, os pacientes apresentavam 18,99 dentes dos quais 9,04, em média, eram anteriores e 9,94, posteriores. O IODD médio dos pacientes foi de 21,41, sendo a frequência do IODD de 11,63, em média, e a severidade encontrada com 10,61, em média. O número médio de problemas encontrados na população foi de 3,02.

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis estudadas

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	16	76	46,92	14,795
Renda (R\$)	0	4500,00	922,50	906,30534
Número de dentes presentes na boca	0	31	18,99	9,079
Número de dentes anteriores	0	12	9,04	4,109
Número de dentes posteriores	0	19	9,94	5,523
IODD (n)	0	85	21,41	19,8113
Frequência do IODD (%)	0	35	11,63	9,344
Severidade do IODD (%)	0	34	10,61	8,171
Número total de problemas	0	8	3,02	1,902

Em relação à distribuição da frequência do impacto, as diferentes atividades são demonstradas na Tabela 2, o que possibilitou a observação de que a atividade que apresentou maior impacto para os pacientes foi mastigar e saborear os alimentos. A atividade que sofreu menor impacto foi realizar atividades físicas, como, por exemplo, trabalhar, fazer serviços de casa, praticar esportes, andar, correr ou brincar.

Tabela 2 - Distribuição da frequência do impacto de cada atividade

Atividade	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Mastigar e saborear os alimentos	76	76,0	24	24,0
Escovar os dentes	43	43,0	57	57,0
Falar e pronunciar palavras claramente e sem dificuldade	46	46,0	54	54,0
Sorrir, gargalhar, mostrar os dentes para outra pessoa sem se envergonhar	51	51,0	49	49,0
Ficar à vontade com outras pessoas, por exemplo em festas, passeios, trabalhos, namorar, paquerar	39	39,0	61	61,0
Manter seu estado emocional usual sem se sentir irritado, nervoso	27	27,0	73	73,0
Realizar atividades físicas, por exemplo trabalhar, fazer serviços de casa, praticar esportes, andar, correr ou brincar	4	4,0	96	96,0
Dormir	19	19,0	81	81,0

A Tabela 3 demonstra a distribuição dos pacientes relacionando os escores do IODD com as variáveis número de dentes, renda, sexo, idade e escolaridade. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada para as variáveis número de dentes e renda.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes de acordo com o IODD relacionado com o número de dentes, renda, sexo, idade e escolaridade

Variáveis	IODD				Total		Valor de p*
	0 a 21		22 a 85		n	%	
Número de dentes	0 a 9	8	14,0	5	11,6	13	100
	10 a 20	10	17,5	17	39,5	27	100
	21 a 32	39	68,4	21	48,8	60	100
Renda (R\$)	0 a 900,00	33	57,9	33	76,7	66	100
	Mais de 900,00	24	42,1	10	23,3	34	100
Sexo	Masculino	16	66,7	8	33,3	24	100
	Feminino	41	53,9	35	46,1	76	100
Idade (anos)	16-39	17	54,8	14	45,2	31	100
	40-76	40	58,0	29	42,0	69	100
Escolaridade	Ensino médio incompleto	21	47,7	23	52,3	44	100
	Ensino médio completo ou mais	36	64,3	20	35,7	56	100

* Valores significativos pelo teste qui-quadrado ao nível de significância de 5%.

Discussão

Há cerca de cinquenta anos, a odontologia dava enfoque à extração dentária, mas com a natural evolução passou a investir em procedimentos curativos, visto que, atualmente, consiste numa ciência vinculada à prevenção, enfatizando sempre a qualidade de vida das pessoas^{6,10,11}. Adicionalmente, a boa aparência vem se tornando sinônimo de saúde para a maioria da população e, com isso, criou-se a necessidade do "sorriso perfeito". Entretanto, não apenas o aspecto estético tem sido fonte de preocupação para as pessoas. O desequilíbrio do sistema estomatognático, proporcionado pela perda de elementos dentários, acarreta também alterações na mastigação e fonação, ocasionando dificuldade e desconforto na realização dessas atividades. Aliado a isso, o convívio social também pode ser prejudicado nesses indivíduos, uma vez que terá vergonha de sorrir e conversar em razão da precária situação bucal.

Vargas e Paixão¹² (2005), ao avaliarem a perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal em Belo Horizonte, perceberam que os principais problemas na vida diária relatados pelos indivíduos que perderam seus dentes foram de natureza funcional e social, tais como: dificuldade para mastigar

e falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, causando forte impacto na qualidade de vida.

Na presente pesquisa, a análise da amostra de cem pacientes atendidos nas clínicas Integrada e de Prótese da UFPE permitiu a avaliação do impacto causado pela perda dental no desempenho das atividades diárias por meio do índice IODD, corroborando os trabalhos de Adulyanon et al.¹³ (1996), Åstrøm et al.¹⁴ (2006), Åstrøm e Okullo¹⁵ (2003), Srisilapanan e Sheiham¹⁶ (2001) e Masalu e Åstrøm¹⁷ (2003), os quais também utilizaram esse índice para a realização de suas pesquisas.

Em relação ao número de dentes presentes, foi observado que as atividades que sofreram maior impacto foram a de mastigar e saborear os alimentos (76%), seguidas de sorrir/gargalhar/mostrar os dentes para outras pessoas sem se envergonhar (51%), o que comprova que não apenas atividades funcionais são prejudicadas com a perda dentária, mas também há um grande prejuízo estético, afetando a socialização das pessoas. Todavia, realizar exercícios físicos e dormir foram atividades que praticamente não sofreram impactos em relação ao número de dentes perdidos, uma vez que a população mencionou tais atividades em 4% e 19% dos casos, respectivamente.

Adulyanon et al.¹³ (1996) encontraram altos índices de impactos bucais numa população com baixos índices de cárie. As condições de deglutição (49,7%), estabilidade emocional (46,5%) e o sorriso (26,1%) foram as que apresentaram as maiores freqüências. As atividades que sofreram os menores impactos foram a realização de exercícios físicos (2,4%) e a fonação (4,0%).

Åstrøm et al.¹⁴ (2006), em estudo que avaliou a influência da idade, número de dentes perdidos e fatores sociodemográficos em indivíduos adultos da Noruega pelo IODD, apontam o hábito de comer (11,3%) e de limpar os dentes (5,4%) como as principais atividades diárias influenciadas pela perda dental, e o contato social como a atividade menos influenciada (2,1%). No estudo de Åstrøm e Okullo¹⁵ (2003) com estudantes da Uganda, 44% dos participantes mencionaram ter dificuldade em comer, seguida de dificuldade em higienizar os dentes (35%).

Em relação à distribuição dos pacientes de acordo com o IODD e o número de dentes, observou-se que quanto maior o número de dentes presentes, menores foram os escores do IODD, demonstrando que pacientes com menor perda dental eram menos afetados em suas atividades diárias ($p = 0,048$). Dos entrevistados que possuíam de 21 a 32 elementos dentários, 68,4% apresentaram índice IODD com valores de 0 a 21 (índice considerado baixo). Dessa forma, pessoas com maior número de dentes realizam suas atividades cotidianas com maior facilidade.

Srisilapanan e Sheiham¹⁶ (2001), em estudo com o objetivo de aferir a prevalência de impactos dentais em idosos na Tailândia, observaram que indivíduos edentados acusaram maiores impactos que os dentados, porém a condição dentária dessa população refletiu, em sua maioria, escores do IODD entre 0 e 16.

Relacionando o IODD com a renda dos participantes foi possível observar que 76,7% dos entrevistados que apresentavam renda de até R\$ 900,00 tiveram impacto em suas atividades diárias, com escores que variavam de 22 a 85, ou seja, indivíduos com uma renda considerada baixa tiveram suas atividades diárias muito afetadas. Tal fato talvez possa ser explicado pelas maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde odontológicos pelas pessoas com baixa renda salarial, o que pôde ser comprovado no estudo de Srisilapanan e Sheiham¹⁶ (2001), em que os indivíduos que obtiveram acesso ao atendimento odontológico tenderam a ter baixos impactos bucais.

Vale salientar que o impacto nas atividades diárias de uma população pode variar não apenas com a renda, mas também de acordo com a região da moradia. Åstrøm et al.¹⁴ (2006) observaram que as diferenças regionais no escore do impacto bucal não se refletiram apenas nas variadas situações econômicas dos pacientes, indicando que os fatores culturais relacionados ao lugar de residência também têm influência em determinar respostas ao *status* de saúde bucal na população estudada.

A variável escolaridade não apresentou significância quando relacionada ao índice IODD ($p = 0,097$), com 64,3% dos entrevistados com um maior nível de escolaridade (ensino médio completo ou mais) apresentando baixos escores do IODD. Portanto, não há como afirmar que pessoas mais instruídas dispensam maiores cuidados com sua saúde bucal e têm consciência das conseqüências da perda dental para o seu estado de saúde bucal e geral.

As variáveis sexo e idade também não demonstraram significância quando relacionadas com o IODD. Masalu e Åstrøm¹⁷ (2003), em pesquisa na qual foi aplicada a versão abreviada do IODD em estudantes da Tanzânia, observaram que não houve variação sistemática entre os escores do IODD quando relacionados com o sexo e a idade dos participantes. O mesmo foi observado por Åstrøm et al.¹⁴ (2006) ao avaliarem impactos bucais no desempenho diário de adultos noruegueses.

A perda de dentes é tida como temática de relevância pela saúde pública, haja vista ser considerada como uma decorrência das doenças bucais mais prevalentes¹⁸. A prevalência da perda de dentes da população brasileira revela um quadro preocupante, fruto de uma política de saúde pública ineficiente no combate à cárie e às outras doenças da cavidade bucal¹⁹.

Pode-se observar que as perdas de elementos dentários causaram impacto na qualidade de vida das pessoas, sendo necessárias alternativas que possam amenizar esse quadro, com mais acesso aos serviços de saúde para que haja uma prevenção odontológica adequada à população, de forma a melhorar a saúde bucal e reverter o quadro de edentulismo. Faz-se necessária a realização de um maior número de estudos com intervenções para avaliar se cuidados regulares com a saúde dental são capazes de reduzir impactos que afetam a qualidade de vida.

Conclusões

- O impacto da quantidade de dentes foi considerado alto em relação ao desempenho das atividades diárias dos indivíduos da amostra estudada.
- O número de dentes influenciou na autopercepção de impactos odontológicos na vida diária, visto que pacientes com maior número de dentes apresentaram menores índices do IODD.
- A atividade que apresentou maior impacto para os pacientes foi mastigar e saborear os alimentos, ao passo que o fato de realizar atividades físicas praticamente não sofreu impactos para a população estudada.
- O IODD mostrou significância em relação à renda e ao número de dentes dos pacientes estudados.

Abstract

The objective of the present study was to evaluate the impact caused by dental loss in the performance of daily activities of patients assisted at the clinics of the Dental College of the Federal University of Pernambuco (UFPE, acronym in Portuguese). An analytical transversal qualitative-quantitative study was accomplished, in a sample constituted of 100 patients. The Oral Impact on Daily Performance (OIDP) was adopted, composed of two forms that served to evaluate the data concerning the biopsychosocial dimension investigated (impact of buccal health and dental loss in daily activities). It was observed that 76% of the interviewed patients reported that the act of chewing and savouring food was the daily activity that suffered the biggest impact followed by the activity of speaking and pronouncing words clearly and without difficulty, with 46%. The activity that suffered the least impact, according to the participants, was the performance of physical activities (4%). There was significant association between the income and the (OIDP), in those patients with higher income observing less impact in their buccal health ($p = 0,049$). Furthermore, the number of teeth related to the DPOI index showed that patients with a higher number of teeth reported less impact in their health ($p = 0,048$). Regarding the education level, a statistically significant value was not observed ($p = 0,097$). It was concluded that the Odontological Impact Index showed a tendency to a significant relation between income and the number of teeth. Furthermore, that the number of teeth influenced in the self-perception of odontological impact in the daily life.

Key words: Buccal health. Quality of life. Psychosocial impact.

Referências

1. Leão A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health* 1996; 13(1):22-6.
2. Ferreira RA. Odontologia: essencial para qualidade de vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1997; 51(6):514-21.
3. Krall E, Hayes C, Garcia R. How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 1998; 129:1261-9.
4. Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998; 184(2):90-3.
5. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000; 188(9):503-6.
6. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ et al. The Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2):408-15.
7. Cardoso MSO. Avaliação das dimensões biopsicossociais de pacientes portadores de fissuras labiopalatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco [Tese de Doutorado]. Camaragibe: Faculdade de Odontologia da UPE; 2002.
8. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "oral health impact profile" OHIP. *UFES Rev Odontol* 2001; 3(1):32-8.
9. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988; 5:3-18.
10. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:284-90.
11. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-40.pdf>. Acesso em: Julho. 2007.
12. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4):1015-24.
13. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6):385-9.
14. Åström AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and sociodemographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114:115-21.
15. Åström AN, Okullo I. Validity and reliability of the oral impacts on daily performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* 2003; 3:5.
16. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerontology* 2001; 18(2):102-8.
17. Masalu JR, Åström AN. Aplicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performance (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:7-14.
18. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dental. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(6):1545-7.
19. Normando ADC. Análise radiográfica das alterações dento-alveolares decorrentes da perda unilateral do primeiro molar permanente inferior [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2003.

Endereço para correspondência

Ana Cláudia Araújo
Rua Guedes Pereira, 114/1001, Parnamirim
52060-150 – Recife - PE
Fone: (81) 9979-3661
E-mail: gigiaborba@bol.com.br

Recebido: 13.03.2007 Aceito: 08.08.2007