



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
MESTRADO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE

**Uso e Necessidade de Prótese Dentária em uma População
Coberta pela Estratégia de Saúde da Família**

ROBERTA SILVA DIAS HOISEL

Salvador
2016

ROBERTA S. DIAS HOISEL

**Uso e Necessidade de Prótese Dentária em uma População
Coberta pela Estratégia de Saúde da Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
graduação em Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal da Bahia
como requisito para a obtenção do grau de
Mestre em Odontologia e Saúde com área de
concentração em Diagnóstico Oral.

Orientadora: Prof. Dra. Andréia Leal Figueiredo

Salvador
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

H719 Hoisel, Roberta Silva Dias.

Uso e necessidade de prótese em uma população coberta pela estratégia de saúde da família/ Roberta Silva Dias Hoisel. - Salvador, 2016.

76f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde, 2016.

1.Prótese dentária. 2. Saúde bucal. 3. Assistência odontológica - Fatores socioeconômicos. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5. Reabilitação bucal. 6. Planos e programas de saúde. I. Figueiredo, Andréia Cristina Leal. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde.III. Título.

CDU: 616.314-77



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA E SAÚDE

TERMO DE APROVAÇÃO

C.D. ROBERTA SILVA DIAS HOISEL

“USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA EM UMA
POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA”

BANCA EXAMINADORA:

Andréia Cristina Leal Figueiredo

Profa. Dra. Andréia Cristina Leal Figueiredo (Orientadora)

Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Johelle de Santana Passos Soares

Profa. Dra. Johelle de Santana Passos Soares (Examinador Interno)

Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

Arnaldo Caldas Júnior

Prof. Dr. Arnaldo Caldas Júnior (Examinador Externo)

Professor da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a André, por ser meu porto seguro e minha fortaleza, meu melhor amigo e meu amor. Juntos, podemos transpor qualquer obstáculo e, por isso, essa vitória também é sua. Infinito, para sempre, amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu o dom da vida e me sustenta com sua infinita bondade, a Ele toda honra e glória.

A minha orientadora, Prof. Dra. Andréia Figueiredo, pela atenção, dedicação, confiança e compreensão. Durante esta caminhada, descobri uma excelente professora e um ser humano ainda melhor e encontrei mais que uma orientadora, um exemplo a seguir. Obrigada por me guiar de forma tão carinhosa por todo esse tempo. Serei pra sempre grata!

Aos professores Dra. Sônia Chaves e Dr. Anderson Freitas, pelas críticas construtivas que ajudaram a tornar melhor esse trabalho.

Aos professores do curso de Pós-graduação em Odontologia e Saúde, pelo conhecimento compartilhado, em especial a Prof. Dra. Mariângela Matos, por me mostrar uma nova forma de ver o mundo, com muito mais compaixão e amor.

Aos colegas, pela amizade, incentivo e apoio, em especial a Daniele Veiga, pela ajuda direta neste trabalho.

A minha família, por sempre me dar forças para seguir em frente. Obrigada pelo incentivo, pelas orações e por todo o amor.

A meu marido, André, pelo apoio incondicional em todos os momentos, pela paciência, compreensão e, principalmente, pelo seu amor. Sem você, essa conquista não seria possível.

A Mia e Lolita, por me trazerem paz.

O aumento do conhecimento é como uma esfera dilatando-se no espaço: quanto maior a nossa compreensão, maior o nosso contato com o desconhecido.

Blaise Pascal

SUMÁRIO

Lista de Figuras	
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Resumo	
Abstract	
1. Introdução	12
2. Revisão de Literatura	
2.1 Acesso aos Serviços de Saúde	14
2.2 Perda Dentária e Fatores Associados as suas Principais Causas	21
2.3 Necessidade e Uso de Prótese Dentária	28
3. Objetivos	
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
4. Hipóteses	34
5. Metodologia	
5.1 Aspectos Éticos	35
5.2 Local e População de Estudo	35
5.3 Cálculo da Amostra	35
5.4 Coleta de Dados	36
5.5 Variáveis Estudadas	38
5.6 Análise Estatística	40
6. Resultados	41
6.1 Análise Multivariada	49
7. Discussão	52
8. Conclusões	62
Referências	63
Anexos	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Modelo Comportamental do Uso dos Serviços de Saúde de Andersen (1995)	18
Figura 2:	Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1992)	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Descrição das Variáveis Dependentes	38
Quadro 2:	Descrição das Variáveis Independentes	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição amostral segundo características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé - BA, 2012.	41
Tabela 2	Distribuição amostral segundo características individuais - hábitos, condições de saúde e percepção individual da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé -BA, 2012	42
Tabela 3	Prevalência do Uso e da Necessidade de Prótese/ São Sebastião do Passé – BA, 2012	43
Tabela 4	Necessidade de Prótese/ São Sebastião do Passé - BA, 2012	43
Tabela 5	Uso de Prótese/ São Sebastião do Passé – BA, 2012	44
Tabela 6	Relação entre a necessidade de prótese e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé – BA, 2012	45
Tabela 7	Relação entre a necessidade de prótese e características individuais – hábitos, condições de saúde e percepção da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.	46
Tabela 8	Relação entre o uso de prótese e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.	47
Tabela 9	Relação entre o uso de prótese e características individuais – hábitos, condições de saúde e percepção da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.	49
Tabela 10	Regressão Logística Binária – Necessidade de Prótese	50
Tabela 11	Regressão Logística Binária – Uso de Prótese	51

RESUMO

A prótese dentária é responsável pela substituição dos dentes perdidos, devolvendo o equilíbrio do sistema mastigatório e melhorando a qualidade de vida do paciente. O acesso a esse tipo de serviço no Brasil ainda é limitado. Existe uma grande demanda de indivíduos com necessidade de reabilitação protética acumulada e pouca oferta de serviços de saúde pública nessa área. O objetivo desse estudo foi verificar a associação entre uso e necessidade de prótese com variáveis sócio-econômicas, demográficas, condições de saúde geral e bucal e a percepção de necessidade de tratamento odontológico em uma população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo transversal que utilizou metodologia, códigos e critérios propostos pela OMS. Os dados foram processados no programa Epi Info e foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, observando um intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$. Foram examinados 407 moradores de São Sebastião do Passé - BA. Os resultados mostraram que 49,6% deles necessitam de prótese no arco superior e 64,4%, no arco inferior; 20,6% utilizam prótese no arco superior e 7,1%, no arco inferior. Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de prótese e a faixa etária de 15 a 34 anos (OR_A : 3,23; IC: 1,38 – 7,56), a presença de gengivite (OR_A : 2,02; IC: 1,20 - 3,42), a presença de cárie (OR_A : 2,74; IC: 1,62 - 4,61) e a perda dentária (OR_A : 5,41; IC: 2,67 - 10,96). Em relação ao uso de prótese, observou-se uma associação positiva entre o uso de prótese e a maior faixa etária (OR_A : 3,86; IC: 1,73 - 8,64), e perda dentária (OR_A : 5,29; IC: 2,48 – 11,30) e uma associação negativa entre o uso de prótese e participação em programas sociais (OR_A : 0,46; IC: 0,26 – 0,81). Constatou-se uma importante iniquidade no acesso aos serviços odontológicos. A severidade do quadro epidemiológico mostra a necessidade de uma política pública efetiva que atenda as necessidades desta população.

Palavras-chave: Uso de Prótese; Necessidade de Prótese, Iniquidade

ABSTRACT

Dental prosthesis is responsible for the replacement of missing teeth, restoring the balance of the masticatory system and improving the quality of life of patients. However, access to this type of service is still limited in Brazil. There is a huge accumulated demand for prosthetic rehabilitation, but short supply of public health services in this field. The aim of this study was to investigate the association between use and need of prosthesis with socio-economic, demographic, general and oral health status and perceived need for dental treatment in a population covered by the Family Health Strategy. It was a cross-sectional study using the methodology, codes and criteria proposed by WHO. Data were processed in Epi Info program and the associations were analyzed by using the Chi-square statistical test, noting a 95% confidence interval and $p < 0.05$. 407 residents of São Sebastião do Passé - BA were examined. The results showed that 49.6% of them need prosthesis in the maxillary arch, and 64.4% need it in the jaw. Regarding the use of prosthesis, 20.6% use them in the maxillary arch and 7.1% in the jaw. A statistically significant association was observed between the need for prosthesis and the age group 15-34 years (OR_A : 3.23, CI: 1.38 - 7.56), the presence of gingivitis (OR_A : 2.02; CI: 1.20 - 3.42), the presence of caries (OR_A : 2.74; CI: 1.62 - 4.61) and tooth loss (OR_A : 5.41; CI: 2.67 - 10.96). About the use of prosthesis, there was a positive association between the use of prosthesis and older age (OR_A : 3.86; CI: 1.73 - 8.64), and tooth loss (OR_A : 5.29 CI: 2.48 - 11.30) and a negative association between the use of prosthesis and participation in social programs (OR_A : 0.46; CI: 0.26 - 0.81). A significant inequity in access to dental services has been found. The severity of the epidemiological situation shows the necessity for an effective public policy to meet the needs of this population.

Key Words: Prosthodontics, Use, Need, Inequity

1. INTRODUÇÃO

A ausência dentária em adultos é um fenômeno comum no Brasil. Historicamente, a prestação de serviços públicos de saúde bucal caracterizava-se por ações de baixa complexidade com acesso restrito. Durante muito tempo, a grande maioria dos municípios brasileiros desenvolveu ações somente para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores (Mallmann et al, 2012; Pinto et al, 2012; Wong e Carvalho, 2006).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou os resultados do SB Brasil 2010, um estudo epidemiológico de saúde bucal realizado no país. O resultado do CPO-D médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 na faixa de 65 a 74. Destaca-se o fato de que o componente perdido foi responsável por cerca de 44,7% do índice no grupo de 35 a 44 anos e 92% no grupo de 65 a 74 anos (Brasil, 2012).

Os resultados relativos ao uso de prótese demonstraram que na faixa etária de 65 a 74 anos, apenas 23,5% dos idosos não usavam algum tipo de prótese dentária superior, e a porcentagem de usuários de prótese total foi de 63,1% (Brasil, 2012). Isso é consequência de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, que geram ausências dentárias e uma grande demanda reprimida que necessita de tratamentos complexos, como a reabilitação protética (Mallmann et al, 2012).

Devido ao grande número de casos de edentulismo, ainda existe no Brasil a percepção de que a perda dentária é parte do processo natural do envelhecimento, e muitas pessoas "aceitam" a perda dentária como um evento fisiológico. A representação social do idoso por grande parte da sociedade é de um indivíduo frágil e sem dentes (Saliba et al, 2010; Cardos e Bujes, 2010; Medeiros et al, 2012).

A saúde bucal é considerada um componente essencial da saúde e bem-estar das pessoas, pois melhora a auto-imagem, a qualidade de vida e a nutrição. A habilidade da mastigatória relaciona-se com número de dentes presentes e sua localização na arcada. Uma dentição prejudicada, tendo menos de cinco pares oclusais dos dentes posteriores, está associada a um

menor índice de alimentação saudável e redução da ingestão de vários nutrientes. A perda dentária também pode causar dificuldades na fala e dificultar o acesso ao mercado de trabalho, pois a aparência costuma ser um critério de seleção importante (Caldas Júnior et al, 2005; Hugo et al, 2007; Vargas e Paixão, 2005).

A prótese dentária é responsável pela substituição dos dentes perdidos, devolvendo o equilíbrio do sistema mastigatório e melhorando a qualidade de vida do paciente. Além de restabelecer a função mastigatória e a fonética, a reabilitação protética promove um aprimoramento estético, devolvendo ao indivíduo segurança e auto-estima (Hugo et al, 2007; Carreiro et al, 2008).

Tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, inclusive de saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a “Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente”. Desde então, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS. O Brasil Sorridente trabalha os eixos da atenção à saúde bucal a partir do desenvolvimento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos centros de especialidades odontológicas (CEO) como elementos estruturantes da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo (Brasil, 2012).

Entretanto, o acesso a esse tipo de serviço ainda é limitado. Existe uma grande demanda de indivíduos com necessidade de reabilitação protética acumulada por um longo período e pouca oferta de serviços de saúde pública nessa área (Kornis et al, 2011; Baldani et al, 2010).

As informações de uso e necessidade de prótese são complementares, à medida que a primeira expressa àqueles indivíduos que são edêntulos em um ou ambos os maxilares, mas tiveram acesso, de alguma forma, ao tratamento reabilitador. A necessidade de prótese é o dado mais importante em termos de organização de serviços, pois expressa a demanda que ainda necessita de tratamento. Desta forma, a avaliação do uso e da necessidade de prótese ajuda a estimar a gravidade do problema e a subsidiar ações de planejamento em saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acesso aos Serviços de Saúde

Historicamente, os serviços públicos de saúde no Brasil eram direcionados principalmente para a saúde materno-infantil e para lidar com as doenças infecciosas (Pinto et al, 2012; Wong e Carvalho, 2006). Os serviços odontológicos não possuíam como prioridade a atenção à população adulta, que possui altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais (Moreira et al, 2005). Esta população era encaminhada aos serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria motivada pela dor, o que normalmente resulta em perda dentária (Barbato e Peres, 2009). Essa limitação das ações de saúde para adultos e idosos faz com que suas necessidades de tratamento se acumulem, gerando uma grande demanda reprimida por tratamentos especializados, especialmente os protéticos (Baldani et al, 2010).

O perfil assistencial da saúde bucal no país até os anos 2000 foi essencialmente caracterizado por ações de baixa complexidade, de caráter predominantemente curativo e mutilador, e não apresentava nenhuma política de saúde pública que contemplasse a reabilitação oral (Kornis et al, 2011). Até 2004 a assistência odontológica em serviços públicos no Brasil se restringia quase que exclusivamente aos serviços básicos. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002 indicavam que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A baixa capacidade de oferta dos serviços de Atenção Secundária e Terciária comprometia também o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contra-referência. A expansão da rede assistencial de Atenção Secundária e Terciária não acompanhou, no setor odontológico, o crescimento da oferta de serviços de Atenção Básica (Brasil, 2006).

Considerando a necessidade de expandir a cobertura de atenção à saúde bucal a toda a população brasileira, ampliando o acesso e a abrangência dos serviços, foi lançada em março de 2004 a Política Nacional de Saúde

Bucal – Brasil Sorridente. Tendo como base os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, o modelo propõe melhorar a organização do sistema de saúde, garantindo as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros (Brasil, 2004).

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicada pelo Ministério da Saúde em 2004, a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal tem como pressupostos: assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade; garantir uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território, subsidiando o planejamento; e acompanhar o impacto das ações de saúde bucal por meio de indicadores adequados, o que implica a existência de registros fáceis, confiáveis e contínuos.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (por meio da estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público (Brasil, 2013a). Devido à grande demanda da população, a reabilitação protética é uma das prioridades da Política Nacional de Saúde Bucal, que tem como uma das diretrizes a inclusão do tratamento de reabilitação protética na Atenção Básica. Nos municípios onde este tipo de tratamento é referenciado aos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO ou serviços específicos - é dever da equipe referenciar e acompanhar o paciente (Brasil, 2013b).

A Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família se relaciona com usuários e participa da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter

coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial. O processo de trabalho das ESB busca reforçar os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade da atenção, e fundamenta-se em trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo (Brasil, 2014).

Os Centros de Especialidades Odontológicas são unidades de saúde da atenção secundária e devem oferecer, no mínimo, as especialidades de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico de câncer de boca, periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento aos portadores de necessidades especiais (Ministério da Saúde, Portaria nº 599, 2006). Podem ser classificados em CEO Tipo 1, com três cadeiras, CEO Tipo 2, com quatro a seis cadeiras ou CEO Tipo 3, com sete ou mais cadeiras (Brasil, 2011).

Os incentivos financeiros para implantação – construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos – são de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) por CEO Tipo I, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por CEO Tipo II e de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por CEO Tipo III. Quanto ao custeio, é destinado R\$ 6.600,00 (seis mil e seiscentos reais) por mês para CEO Tipo I, R\$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) por mês para CEO Tipo II e R\$ 15.400,00 (quinze mil e quatrocentos reais) por mês para CEO Tipo III (Brasil, 2011).

O levantamento SB-2003 reforça uma demanda social histórica quando aponta um elevado edentulismo, principalmente para a população adulta e idosa, e a pouca posse da prótese. Para oferecer uma oportunidade de intervenção, o Ministério da Saúde edita a portaria 1572, de 29 de julho de 2004, que cria os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para confecção de próteses (Ministério da Saúde, Portaria nº 1572, 2004). O LRPD deve realizar, no mínimo, um dos seguintes procedimentos: prótese total mandibular, prótese total maxilar, prótese parcial removível mandibular, prótese parcial removível maxilar e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas (por elemento). O financiamento dos LRPD está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) – calculado de acordo com as informações prestadas pelos municípios – e o Laboratório passa a receber de acordo com

seu teto de produção, sendo os valores repassados de R\$ 5.000,00 mensais para LRPD que produzem entre 20 e 50 próteses/mês; R\$ 15.000,00 para os que produzem entre 51 e 150 próteses/mês; e acima de 151 próteses/ mês, recebem R\$ 20.000,00 mensais (Brasil, 2013a).

De acordo com a Portaria no 1.825, de 24 de agosto de 2012, o pagamento das próteses dentárias aos LRPDs deve ser feito por produção. O governo federal repassa para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados o valor de R\$ 150,00 por cada prótese (Ministério da Saúde, Portaria nº 1825, 2012).

Embora o acesso a serviços odontológicos tenha melhorado, o padrão de desigualdade no uso dos serviços odontológicos entre as regiões e entre os indivíduos se manteve (Figueiredo e Goes, 2009). Mulheres, adultos jovens, pardos e negros e menos escolarizados apresentam maior percentual de necessidades não atendidas e são também os mais dependentes dos serviços do SUS. Diferenças em relação a atendimentos no serviço público refletem as características socioeconômicas da população, se menos ou mais dependente do SUS, e a disponibilidade desses serviços (Soares et al, 2013; Peres et al, 2012).

Outro fator que pode restringir o acesso de adultos aos serviços é o horário de atendimento das unidades de saúde. Limitado aos períodos da manhã e tarde, é, muitas vezes, fator de impedimento do uso de serviços pelos trabalhadores, já que a jornada de trabalho não permite que o empregado se ausente do serviço para cuidar preventivamente da saúde bucal, mas apenas quando existe a dor, uma vez que a mesma compromete o desempenho do trabalhador (Ferreira et al, 2006).

O modelo comportamental de Andersen, desenvolvido em 1968, define acesso como a entrada do indivíduo no sistema de saúde. Segundo o modelo, o acesso ao serviço de saúde é determinado por fatores predisponentes, fatores capacitantes e necessidades de saúde. Os fatores predisponentes tornam o indivíduo mais ou menos susceptível ao uso dos serviços de saúde. São fatores individuais que existem previamente ao aparecimento da morbidade e estão subdivididos em três categorias: os demográficos (como sexo e idade), os da estrutura social (como escolaridade e ocupação) e as

crenças em saúde (atitudes, valores e conhecimentos que os indivíduos têm sobre sua saúde e sobre os serviços de saúde). Os fatores capacitantes estão relacionados à possibilidade de acesso ao serviço, tanto fatores individuais e familiares (como renda e plano de saúde), quanto fatores da oferta de serviços na comunidade (como tempo de espera pelo serviço). A necessidade em saúde é a condição de saúde percebida pelas pessoas ou diagnosticada por profissionais de saúde. Os fatores predisponentes influenciam os fatores capacitantes e a necessidade em saúde é o determinante mais proximal da utilização de serviços (Pavão e Coeli, 2008; Travassos e Martins, 2004; Andersen, 1995). (Figura 1)

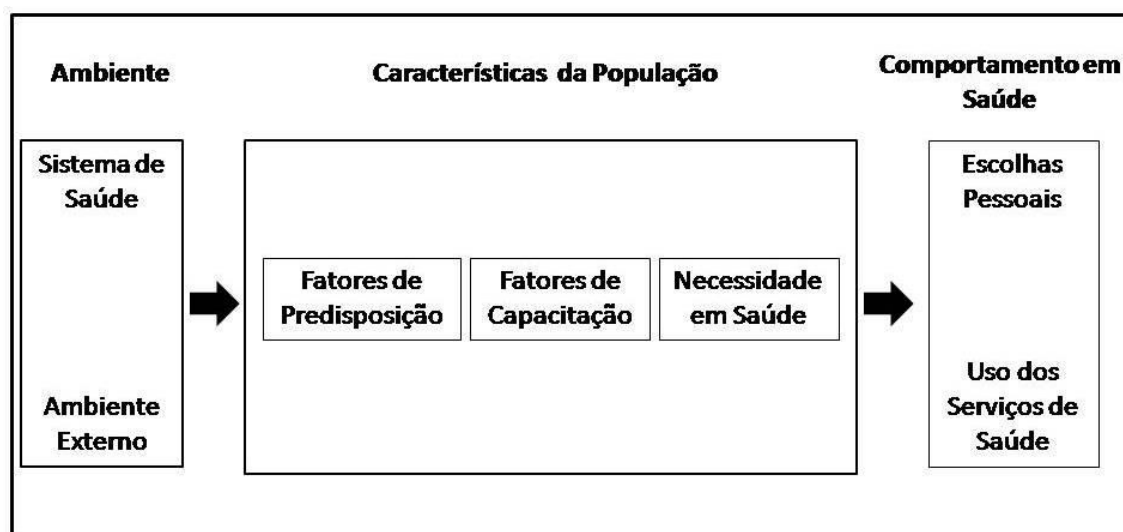


Figura 1 – Modelo Comportamental do Uso dos Serviços de Saúde de Andersen (1995)

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) define os determinantes sociais de saúde (DSS) como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (CNDSS, 2008). Os DSS relacionam-se com as condições de vida e trabalho, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a organização de redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam os estilos de vida, já que as decisões relativas, como o hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outros, também estão condicionadas pelos DSS (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Dahlgren e Whitehead (1992) propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde. Este modelo gráfico dispõe os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada mais distal, em que se situam os macrodeterminantes. Estão designadas como dimensões mais distais as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, que possuem grande influência sobre as demais camadas. Na camada seguinte, encontram-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, denominados determinantes intermediários, e a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação. O próximo nível demonstra a influência das interações estabelecidas na sociedade disponibilizadas por meio de redes comunitárias. Como dimensões proximais, o estilo de vida dos indivíduos, que contribuem para a exposição diferencial a fatores de risco à saúde, e, na base do modelo, características como idade, sexo e fatores hereditários que influenciam a saúde do indivíduo (Escoda, 2012; Dahlgren e Whitehead, 1992; Sobral e Freitas, 2010). (Figura 1)



Figura 2: Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1992).

Pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde (Dahlgren e Whitehead, 1992). Elas também são mais acometidas pelas morbidades em saúde bucal e têm maior acúmulo de necessidades de tratamento (Soares et al, 2015).

O sociólogo francês Pierre Bourdieu desenvolveu os conceitos de *habitus*, campo e capital – cultural, social, econômico e simbólico – para explicar as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionantes sociais. O *habitus* pode ser definido como:

“um sistema de disposições duráveis e transferíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona como uma matriz de percepções, apreciações e ações, e torna possível a realização de tarefas diferenciadas, graças às transferências de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma e graças às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzida por esses resultados” (Bourdieu, 1974)

A noção de *habitus* se refere à incorporação de uma determinada estrutura social pelos indivíduos, influenciando em seu modo de sentir, pensar e agir, de tal forma que se inclinam a confirmá-la e reproduzi-la, mesmo que nem sempre de modo consciente. Outro conceito utilizado por Bourdieu é o de campo, que é onde os indivíduos se posicionam socialmente de acordo com o capital acumulado, que pode ser econômico, social, e cultural. A dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico (Bourdieu, 1996; Thiry-Cherques, 2006).

Bourdieu (1996) deriva o conceito de capital da noção econômica, em que o capital se acumula por operações de investimento, se transmite por herança e se reproduz de acordo com a habilidade do seu detentor em investir. O capital econômico, sob a forma dos diferentes fatores de produção (terras, fábricas, trabalho) e do conjunto de bens econômicos (dinheiro, patrimônio, bens materiais) é acumulado, reproduzido e ampliado por meio de estratégias específicas de investimento econômico e de outras relacionadas a investimentos culturais e à obtenção ou manutenção de relações sociais que

podem possibilitar o estabelecimento de vínculos economicamente úteis, a curto e longo prazo. O capital social corresponde à rede de relações interpessoais que cada um constrói, já que indivíduos inseridos em uma rede de relações sociais estável podem se beneficiar de sua posição ou gerar externalidades positivas para seus membros. Na educação se acumula, principalmente, o capital cultural, que pode existir sob três formas: no estado objetivado, no estado incorporado e no estado institucionalizado (Bourdieu, 1996; Thiry-Cherques, 2006).

No estado objetivado, o capital cultural existe sob a forma de bens culturais, tais como esculturas, pinturas, livros. Para possuí-los não é necessário apenas dispor de capital econômico, pois é preciso possuir os instrumentos da apropriação e os códigos necessários para decifrá-los, ou seja, é necessário possuir capital cultural no estado incorporado. No estado institucionalizado, o capital cultural materializa-se por meio dos diplomas escolares. O capital simbólico correspondente ao conjunto de rituais de reconhecimento social, e compreende o prestígio, a honra etc. O capital simbólico é uma síntese dos demais (econômico, social e cultural) (Thiry-Cherques, 2006).

Indivíduos com maior capital econômico, cultural e social têm mais acesso aos serviços de saúde, inclusive os odontológicos, principalmente quando se trata da atenção especializada, cujo acesso é mais difícil (Soares et al, 2015).

2.2 Perda Dentária e Fatores Associados as suas Principais Causas

O edentulismo – perda parcial ou total dos dentes – é um dos piores agravos à saúde bucal. A cárie é a principal causa de perdas dentárias, mas as doenças periodontais e os traumatismos também contribuem para estas perdas, porém em menor grau (Barbato et al, 2007; Furtado et al, 2011). A cárie e a doença periodontal são as doenças mais prevalentes na cavidade bucal e também são as mais relevantes do ponto de vista da saúde pública, em função de sua proporção e relevância, com reconhecidos impactos sobre a

qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Alves Filho et al, 2014; Vettore et al, 2013).

A cárie dentária é uma doença crônica resultante da dissolução mineral dos tecidos dentários derivado da ação de ácidos produzidos por bactérias quando estas metabolizam carboidratos provenientes da dieta, especialmente a sacarose (Peres et al, 2003). A etiologia biologicista da doença é amplamente conhecida, entretanto, existem outros fatores determinantes, sociais e individuais, que influenciam na incidência e prevalência da cárie dentária (Barbato e Peres, 2009).

Embora a prevalência e a severidade da cárie dentária tenham diminuído entre crianças e adolescentes brasileiros nas duas últimas décadas, este fenômeno não é verificado entre os adultos. As dificuldades para expandir o acesso aos recursos de prevenção e para garantir tratamento dentário às pessoas afetadas continuam (Frias et al, 2007; Barbato et al, 2007).

No Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 1986, a população com idade acima de 60 anos não foi examinada, incluindo apenas o grupo de pessoas com 50-59 anos. O índice CPOD, que indica o número de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos e com extração indicada) e restaurados, foi de 27,2 para essa faixa etária, com 86% de participação dos dentes extraídos. Esse resultado sugeria as péssimas condições em que se encontravam as pessoas com mais de sessenta anos (Brasil, 1988).

Dez anos após o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional, foi realizado o Segundo Levantamento em Saúde Bucal, com o objetivo de verificar alterações ocorridas no perfil da população brasileira. A pesquisa foi realizada somente com relação à cárie dental em crianças na faixa etária de 6 a 12 anos. Havia a intenção de se realizar uma segunda etapa, incluindo população adulta e outras doenças investigadas, o que acabou não acontecendo. Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, foi realizado mais um levantamento epidemiológico nacional, denominado SB Brasil 2003. (Brasil, 2006)

Os resultados do SB Brasil 2003 revelaram que as faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos tinham CPOD médio de 20,13 e 27,79, respectivamente. Destaca-se o fato que o componente perdido é responsável por cerca de 66% do índice no grupo de 35 a 44 anos e quase 93% no grupo de 65 a 74 anos (Brasil, 2005).

Devido ao caráter cumulativo das sequelas da doença cárie, o CPOD praticamente não se alterou entre os idosos. No Levantamento epidemiológico de saúde bucal em 2010, o CPOD médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 na faixa de 65 a 74, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Observou-se que, em crianças e adolescentes, o principal problema são as cáries não tratadas, enquanto que, em adultos e idosos, a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente (Brasil, 2012).

Um achado comum aos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil foi a distribuição heterogênea da doença cárie, registrando diferenças significantes entre regiões. O Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 1986 revelou que o número médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) aos 12 anos na região Norte foi de 7,5, enquanto na região Sudeste foi de 6. O SB Brasil 2003 revelou, nesta mesma faixa etária, o CPO-D de 3,1 na região Norte, contra 2,3 na Sudeste. No SB Brasil 2010, esses índices eram 3,2 e 1,7 nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente (Brasil, 1988; 2005; 2012). Dados do SB Brasil 2003 mostraram que 13,5% dos adolescentes no País nunca haviam tido uma consulta odontológica; essa proporção foi menor na Região Sul (5,8%) e maior na Região Nordeste (21,8%) (Brasil, 2005).

Depois da cárie dentária, a doença periodontal é a mais importante causa das perdas dentais. O termo “doença periodontal” é usado num sentido amplo para abranger todas as condições patológicas que acometem as estruturas do periodonto de proteção e/ou sustentação. A doença periodontal é crônica e progressiva, e caracteriza-se por processos inflamatórios reversíveis dos tecidos moles – gengivite – na fase inicial, podendo evoluir para a destruição irreversível dos tecidos de suporte dentário, especificamente gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar – periodontite – e culminar na perda de unidades dentais (Almeida et al, 2006; Dias et al, 2006; Matos e Godoy, 2011; Sousa et al, 2014).

As periodontopatias são resultado da interação entre o acúmulo do biofilme dental e metabólitos produzidos por bactérias sobre a margem gengival, cuja destruição depende do equilíbrio entre a virulência do biofilme local e a resposta imunológica do hospedeiro. A severidade e a susceptibilidade à doença são moduladas por fatores intrínsecos – como a predisposição genética às respostas inflamatórias – e extrínsecos, como fatores socioeconômicos e comportamentais (Azenha et al, 2011; Sousa et al, 2014)

A doença periodontal é mais prevalente em populações com piores indicadores socioeconômicos. Quanto menor a escolaridade e a renda familiar, maior a prevalência da doença (Gesser et al, 2001; Vettore et al, 2013). Além desses fatores, existe a associação entre diabetes e tabagismo com a condição periodontal (Matos e Godoy, 2011).

O tabagismo é um importante fator de risco para o início, extensão e gravidade da doença periodontal, além de interferir negativamente no tratamento da doença. Tabagistas são 2 a 8 vezes mais susceptíveis à doença periodontal do que não fumantes. Existe ainda uma relação de efeito dose-dependente entre o fumo e a gravidade dessa doença (Matos e Godoy, 2011).

O fumo pode ser considerado o fator de risco modificador, tanto em nível local como sistêmico, mais fortemente associado à periodontite. Ele interfere no reparo tecidual e diminui a resposta imunológica, devido a ação vasoconstritora na microcirculação gengival, provocada pela ação da nicotina e de seu metabolito cotinina, o que favorece o aumento da citotoxicidade dos metabólitos bacterianos, aumentando a severidade da doença. Os fumantes apresentam tendência maior a perda de inserção clínica, aumento de profundidade de sondagem, recessão gengival, perda óssea, alta prevalência de edentulismo e poucos dentes remanescentes quando comparados aos não fumantes (Reis et al, 2012).

Pessoas com diabetes têm maior probabilidade de desenvolver doença periodontal, e nesses casos, a doença se apresenta de uma forma mais rápida e severa. Diversos mecanismos contribuem para maior gravidade da doença, tais como: produtos finais da glicação avançada (AGES), que estimulam uma produção aumentada de mediadores inflamatórios, como interleucina-1 (IL-1),

fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e prostaglandina E2 (PGE2); diminuição de quimiotaxia, aderência e fagocitose dos neutrófilos; alterações salivares, que estimulam o crescimento de bactérias periodontopatogênicas e a precipitação de cálculo; herança de determinados polimorfismos genéticos; fenótipos hiper-reativos de neutrófilos e macrófagos; alterações nos vasos sanguíneos e no tecido conjuntivo. Pacientes com diabetes também apresentam uma maior expressão Metaloproteinase de Matriz-8 (MMP-8) no periodonto, o que contribui para a exacerbação da destruição dos tecidos periodontais (Sousa et al, 2014).

Quanto à condição periodontal, os resultados do SB Brasil 2010 apontam que cerca de 9% dos adolescentes (15 a 19 anos) apresentavam bolsas rasas, 0,7%, bolsas profundas e em 1,5% já havia sextantes excluídos. A presença de cálculo foi registrada em 28,4% dos indivíduos nesse grupo etário. Nos adultos de 35 a 44 anos, 32,3% apresentaram os sextantes excluídos. A presença de cálculo ocorreu em 28,6% dos adultos examinados. Além disso, 15,2% tinham bolsas periodontais rasas e 4,2% bolsas profundas. No grupo de 65 a 74 anos, 90,5% tinham sextantes excluídos. Dos poucos sextantes em condições de exame nesse grupo etário, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais, sendo 2,5% bolsas rasas. Em 6,0% dos idosos foi possível identificar perda de inserção de 0 a 3mm e, em 3,9%, perda de inserção de 4mm ou mais (Brasil, 2012).

Embora a falta de dentes acarrete prejuízos de ordem estética, funcional e psicológica, ainda existe a percepção que perda dos dentes é parte do processo natural do envelhecimento (Saliba et al, 2010; Cardos e Bujes, 2010; Medeiros et al, 2012). Devido ao grande número de casos de edentulismo, muitas pessoas aceitam a mutilação dental como um evento fisiológico e a representação social do idoso por grande parte da sociedade é de um indivíduo frágil e sem dentes. Essa representação resulta tanto das circunstâncias materiais da sociedade quanto de seu sistema de valores e crenças, e pode sofrer mudanças ao longo do tempo (Beauvoir apud Lopes e Park, 2007).

O aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando relacionados à perda dentária e a estética. A perda dentária ainda causa descontentamento em relação ao aproveitamento das refeições com a

família ou amigos e constitui um fator negativo para suas atividades sociais, podendo isolar o indivíduo do convívio social. Além disso, complicações decorrentes da perda dos dentes incluem insuficiência mastigatória, disfagia moderada, desordens da articulação e fala, perda de suporte facial com comprometimento da estética, atrofia óssea alveolar e de osso basal dos maxilares (Mallmann et al, 2012; Silva et al, 2010a; Cardos e Bujes, 2010, Sheiham, 2005).

A perda de dentes também pode ter associação com doenças crônicas, como doença cardíaca, alterações eletrocardiográficas e mortalidade, pois doenças sistêmicas podem ser exacerbadas quando a habilidade mastigatória é limitada. A perda dentária afeta negativamente a dieta e ingestão nutricional, estado nutricional, e índice de massa corporal (Sheiham, 2005; Caldas Júnior et al, 2005; Hugo et al, 2007). A mastigação está indiretamente envolvida na excitação das secreções salivares e gástricas e facilita não apenas a deglutição, pela mistura dos alimentos com a saliva, mas também a digestão dos alimentos pela amilase salivar (Hobkirk e Zarb, 2013). A habilidade da mastigatória relaciona-se com número de dentes presentes e sua localização na arcada. Uma dentição prejudicada, tendo menos de cinco pares oclusais dos dentes posteriores, está associada a um menor índice de alimentação saudável, redução da ingestão de vários nutrientes e trituração dos alimentos comprometida, possibilitando uma desordem orgânica, aumentando os problemas digestivos decorrentes de uma ingestão inadequada do bolo alimentar (Hugo et al, 2007; Cardos e Bujes, 2010).

Idosos com perda de todos os elementos dentais são os que mais apresentam dificuldades para se alimentar, principalmente quando a prótese total utilizada não apresenta boas condições, optando por uma alimentação macia e fácil de mastigar, a qual apresenta geralmente baixo teor nutricional (Furtado et al, 2011; Azenha et al, 2011). Em desdentados, a ingestão de alimentos ricos em nutrientes, particularmente vegetais e fibras, é menor (Hugo et al, 2007). Além disso, mastigar e sentir o gosto dos alimentos pode retratar a satisfação de um desejo, o que estabelece uma relação entre a alimentação e o prazer necessária para o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos (Vargas e Paixão, 2005; Piuvezam et al, 2006).

A dificuldade de falar representa mais um dos comprometimentos sentidos pelos sujeitos em relação a uma boca edêntula. A fonação só ocorre com a presença dos articuladores da fala: lábios, língua, dentes e palato e a disposição dos dentes anteriores, o seu contorno e anatomia exercem influência na articulação da fala (Hilgenberg e Porto, 2011).

A face expressa as identidades sociais do indivíduo e é um dos principais veículos de comunicação interpessoal (Hobkirk e Zarb, 2013). A falta de dentes anteriores, na cultura ocidental, constitui uma desfiguração facial que configura um estigma. A aparência é muito valorizada, e quando ocorrem perdas dentárias, as pessoas se tornam vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha. Portanto, comer, falar e sorrir passam a ser comportamentos evitados na presença de pessoas desconhecidas (Silva et al, 2010a; Vargas e Paixão, 2005). Além disso, pode dificultar o acesso ao mercado de trabalho, pois a aparência é um critério importante na seleção de empregos, especialmente aqueles que vão lidar diretamente com o público (Vargas e Paixão, 2005).

A função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória. Diferente da perda dental total ou de dentes anteriores, que motiva as pessoas a buscar tratamento para substituição protética, a perda de elementos posteriores tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas (Silva et al, 2010a). A satisfação com a estética bucal enfatiza a importância da saúde bucal em relação a auto-imagem do paciente (Hugo et al, 2007). Nos pacientes com baixa auto-estima, ocorre uma diferença marcante entre percepção da saúde bucal e as reais condições encontradas. A auto-estima é importante para que ocorra mudança de hábitos no processo de promoção de saúde e é fundamental para que o indivíduo procure e utilize os serviços de saúde. Além disso, o abandono de hábitos nocivos, como o tabagismo, e a adoção de hábitos saudáveis dependem muito mais da auto-valorização do que de esforços profissionais (Ribeiro Jr, 2010).

2.3 Necessidade e Uso de Prótese Dentária

Enquanto em alguns países desenvolvidos, como o Japão, o edentulismo não ultrapassa 1%, a prevalência no Brasil é uma das mais elevadas do mundo (Colussi e Freitas, 2002; Pesqueiro, 2005). Dados do SB Brasil 2010 mostram que 13,7% dos adolescentes (15 a 19 anos) examinados tinham necessidade de prótese, sendo que 10,3% necessitavam de prótese parcial em um maxilar e 3,4% de prótese parcial em dois maxilares. Apenas 31,2% dos adultos examinados na faixa etária de 35 a 44 anos não necessitavam de prótese. A maior necessidade observada foi a de prótese parcial em um maxilar (41,3%). Verificou-se que 26,1% dos adultos tinham necessidade de prótese parcial nos dois maxilares. A necessidade de prótese total em um maxilar foi observada em 0,6% dos indivíduos, de prótese parcial juntamente com total em 0,4% e prótese total em dois maxilares em 0,3% (Brasil, 2012).

Entre os idosos de 65 a 74 anos, a proporção de indivíduos de que não necessitavam de prótese dentária foi de apenas 7,3%, sendo marcantes as diferenças entre as regiões. Na Região Sul, a proporção foi de 12,7% e, na Região Norte, de 2,8%. Assim como nos adultos, a maior necessidade foi a de prótese parcial em um maxilar (34,2%). Observou-se que 20,1% dos idosos examinados tinham necessidade de prótese parcial para dois maxilares, 17,9% tinha necessidade de prótese total em um maxilar, 5,0% apresentou necessidade de prótese parcial associada à prótese total e 15,4% das pessoas necessitava de prótese total nos dois maxilares (Brasil, 2012). Muito distante da meta preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2010 de que apenas 5% da população com idade entre 65 e 74 anos fossem desdentados (Lopes et al, 2010).

A reabilitação protética proporciona o restabelecimento das funções do sistema estomatognático, através da reposição de elementos dentários e de tecidos adjacentes perdidos, devolvendo ao paciente as condições mastigatórias, fonéticas e estéticas, além de promover a conservação das estruturas orais remanescentes (Carreiro et al, 2008).

Segundo o projeto SB Brasil 2010, na faixa etária de 35 a 44 anos, 32,8% dos examinados usavam prótese dentária superior. Destes, 16%

usavam prótese parcial removível e 9,1% eram usuários de prótese total. Entre os usuários de prótese inferior, uma maior proporção usava prótese parcial removível (5,3%), seguida de 2,3%, que usava prótese total. Dos idosos examinados, apenas 23,5% não usavam algum tipo de prótese dentária superior e 63,1% eram usuários de prótese total. No arco inferior, 37,5% eram usuários de prótese total (Brasil, 2012).

O uso de prótese total na arcada superior prevalece em relação à inferior e a necessidade de outros tipos de próteses é maior na arcada inferior, devido à maior perda de dentes superiores em relação aos inferiores e pelo fato de que muitas pessoas evitam o uso de próteses totais inferiores pela dificuldade de adaptação, pela limitada retenção e estabilidade da prótese e pelo desconforto causado por traumatismos (Saliba et al, 2010; Crispim et al, 2009; Leles et al, 1999a).

A falta de estabilidade da prótese inferior pode ser explicada pelas alterações na forma e na atividade da língua que ocorrem com a perda dos dentes. Com a ausência dos dentes inferiores posteriores e do osso alveolar, a língua tende a se espalhar lateralmente de modo a entrar em contato com a mucosa bucal. A instalação de uma prótese exige que a língua reorganize sua musculatura de modo a caber em um espaço reduzido. Esse processo pode levar ao deslocamento da prótese inferior (Hobkirk e Zarb, 2013).

A dificuldade com a estabilização da prótese inferior também ocorre devido à área de mucosa reduzida para o seu suporte. A área média de mucosa disponível para o suporte de próteses totais na maxila é de 22,96 cm² e na mandíbula 12,25 cm² e essa área vai diminuindo progressivamente, à medida que os rebordos residuais vão sendo absorvidos (Hobkirk e Zarb, 2013).

O maior percentual de uso de próteses dentárias no arco superior pode ocorrer devido à maior preocupação estética, já que os dentes superiores costumam ser mais aparentes durante o sorriso, enquanto os dentes da arcada inferior normalmente não são tão evidenciados (Crispim et al, 2009). Além disso, o indivíduo edêntulo apresenta algumas alterações morfológicas características como o aprofundamento do sulco nasolabial, perda do ângulo labiodental, diminuição do ângulo labial horizontal, estreitamento dos lábios,

aumento no ângulo columela com o filtro e aparência prognática (Hobkirk e Zarb, 2013). Portanto, a reabilitação protética visa não só o restabelecimento das funções mastigatórias e fonética, mas também da estética, influenciando nos fatores psicossociais provocados pela perda dos dentes, já que indivíduos que utilizam próteses satisfatórias apresentam maior auto-estima do que os que não utilizam (Pesqueiro, 2005; Dolan et al, 2001).

A maior parte dos brasileiros que perdem os dentes não tem condições de serem reabilitados proteticamente e os que utilizam próteses totais removíveis as utilizam por um tempo muito maior do que o prazo recomendado para sua devida substituição (Silva e Valsecki Junior, 2000). As próteses totais removíveis devem ser trocadas, no mínimo, a cada cinco anos, em função dos malefícios que podem decorrer do desgaste do acrílico. No entanto, se o acesso à atenção odontológica para a reabilitação é escasso, pode-se dizer que ele inexistente para a manutenção da prótese. Grande parte da população brasileira usuária de próteses totais, as utiliza há mais de dez anos (Silva et al, 2010a). A não substituição das próteses tem como principais motivos a falta de motivação do paciente, falta de tempo para se submeterem ao tratamento e, principalmente, devido à falta de recursos financeiros (Leles et al, 1999a).

Uma prótese usada por um excessivo período de tempo poderá apresentar bordas defeituosas que resultarão em traumas nos tecidos, edema e ulcerações (Almeida et al, 2008). Outra razão para a necessidade de substituição das próteses é falta de atenção odontológica posterior a instalação, que pode contribuir para a alta prevalência de lesões aos tecidos bucais associados às mesmas. Os traumatismos crônicos, a má adaptação da prótese e relações oclusais inadequadas são fatores predisponentes ao surgimento de vários tipos de lesões na mucosa bucal, ressaltando a necessidade do controle posterior e acompanhamento periódico do tratamento protético (Crispim et al, 2009).

O período mais crítico em relação ao tempo de uso de próteses corresponde à época de adaptação funcional, pois grande parte dos pacientes que deixa de utilizar as próteses o faz no período imediatamente após a instalação. Quando uma nova prótese é instalada, é corriqueiro surgirem dificuldades temporárias relacionadas à mastigação, fonética, excesso de

salivação, além de possíveis áreas de traumatismo devido à extensão incorreta ou áreas de compressão localizadas (Leles et al, 1999b).

A função da mastigação se dá de forma diferente, devido ao detrimento sensorial do periodonto e da mucosa causado pela perda dos dentes. Apesar dos movimentos serem coordenados, a força para triturar é menor, tornando o ato de morder os alimentos mais difícil (Cardos e Bujes, 2010). O desempenho da prótese não é o mesmo dos dentes naturais. As forças empregadas durante a mastigação com próteses totais são cinco a seis vezes menores do que com dentes naturais (Hobkirk e Zarb, 2013; Crispim et al, 2009). As alterações na fala estão principalmente relacionadas à pronúncia de sons sibilantes e podem estar relacionadas à alteração na posição dos dentes artificiais, no restabelecimento da dimensão vertical ou ainda em sensações psicológicas negativas do paciente. O aumento do fluxo salivar provém da estimulação das glândulas salivares pela presença de um corpo estranho na boca (Leles et al, 1999b).

A prótese parcial removível (PPR) é uma forma efetiva de reabilitação do paciente parcialmente desdentado, pois pode ser indicada em casos de perdas dentárias múltiplas, espaços protéticos longos ou de extremidade livre, além de possuir um custo mais acessível. Entretanto, o uso de prótese removível propicia uma tendência a alterações deletérias associadas aos dentes pilares (Barcelos et al, 2013; Carreiro et al, 2008).

Após a instalação da PPR, há um aumento potencial no acúmulo de placa bacteriana que pode estar associado à cárie e a alterações periodontais, como inflamação gengival, aumento da profundidade de sondagem, aumento da mobilidade dental e perda óssea. Além disso, as próteses parciais removíveis apresentam comportamentos biomecânicos que podem ter influência sobre as estruturas de suporte. Nas próteses de extremidades livres, é possível que haja incidência de forças laterais sobre os dentes pilares durante a movimentação da base protética, e isso pode comprometer o prognóstico periodontal do dente pilar (Barcelos et al, 2013; Carreiro et al, 2008).

A longevidade de um tratamento protético não depende apenas das propriedades físicas e mecânicas dos materiais odontológicos empregados e

da observação dos princípios básicos de seu planejamento e execução, mas também da manutenção da saúde do meio bucal. Visto que a longevidade do tratamento pode ser reduzida quando o controle e a manutenção por parte do dentista é deficiente ou os cuidados de higienização são negligenciados por parte do paciente (Leles et al, 1999b; Barcelos et al, 2013).

O sucesso de uma reabilitação protética não depende apenas da adequada reposição de dentes e tecidos perdidos, mas também compreende uma série de processos adaptativos individuais que influenciam na aceitação da prótese pelo paciente. Fatores sociais como o estado conjugal, ocupação, interesses e atividades sociais, condição econômica, condições habitacionais e, principalmente, a opinião de outras pessoas em relação às novas próteses influenciam na sua aceitação (Leles et al, 1999a).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar a associação entre uso e necessidade de prótese em uma população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a associação entre uso e necessidade de prótese e variáveis sócio-econômicas e demográficas como grau de escolaridade, renda, participação em programa social, idade e sexo;
- Verificar a associação entre uso e necessidade de prótese e hábitos como uso do fio-dental, número de escovações e tabagismo;
- Verificar a associação entre uso e necessidade de prótese e condições de saúde geral como diabetes e saúde bucal como gengivite, periodontite, cárie dental e perda dental;
- Verificar a associação entre uso e necessidade de prótese e a percepção individual da necessidade de tratamento odontológico.
- Determinar a prevalência do uso e da necessidade de prótese na população estudada.

4. HIPÓTESES

Há associação entre uso e necessidade de prótese e variáveis sócio-econômicas e demográficas como grau de escolaridade, renda, participação em programa social, idade e sexo.

Há associação entre uso e necessidade de prótese e hábitos como uso do fio-dental, número de escovações e tabagismo.

Há associação entre uso e necessidade de prótese e condições de saúde geral como diabetes e saúde bucal como gengivite, periodontite, cárie dental e perda dental.

Há associação entre uso e necessidade de prótese e a percepção individual da necessidade de tratamento odontológico.

5. METODOLOGIA

5.1. Aspectos Éticos

Esse estudo está inserido dentro da pesquisa intitulada “A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas” – submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, no dia 27 de Outubro de 2010, registro CEP 045-10/ CEP-ISC. Todos os indivíduos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Trata-se de um estudo epidemiológico sobre uso e necessidade de prótese, realizado através da análise de um banco de dados.

5.2. Local e População de Estudo

São Sebastião do Passé é um município baiano com população estimada em 45.090 habitantes e área territorial de 538.324 km² (IBGE , 2014). Foi escolhido para a realização do estudo por ser integralmente coberto pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e possuir um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de referência em funcionamento há pelo menos sete anos.

5.3. Cálculo da Amostra

Para cada unidade primária de amostragem (UPA) - setores censitários estratificados por tipo de zona - realizou-se mediante amostragem aleatória simples sem reposição, o cálculo da amostra dos domicílios elegíveis tendo por objetivo estimar a proporção de pessoas que utilizavam a assistência odontológica, a qual foi considerada uma prevalência de 50% (desconhecida), um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$) e erro amostral de 4% ($d=0,04$). O total de domicílios elegíveis por setor foi obtido com base nas informações do Censo 2000 (IBGE, Censo 2000). Para a zona urbana foram selecionados 50 domicílios e na zona rural 45 domicílios (tamanho mínimo para todos os setores).

Em decorrência da ausência de um cadastro atualizado de domicílios que possibilitasse uma seleção aleatória, estabeleceu-se a seguinte

sistemática para seleção: dividiu-se o número total de domicílios do setor (N) por 45 para a zona rural e 50 para a zona urbana (tamanho mínimo obtido para o número de domicílios), ou seja, $p=N/n$. Selecionou-se aleatoriamente, um número entre 1 e p, correspondente ao primeiro domicílio da amostra no setor, denominado k. O segundo domicílio foi aquele que ocupou a posição k+p; o terceiro k+2p e assim sucessivamente até o 40º domicílio k+40p.

Para estimar o tamanho da população a ser entrevistada, fixou-se um tamanho médio de 4 pessoas por domicílio e um coeficiente de correlação intra-classe, que indica o grau de homogeneidade dos elementos dentro do conglomerado da amostra, de 0,01 indicado para domicílios com 3, 4, ou 5 moradores (Nascimento Silva e Moura, 1986). Com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, obteve-se o tamanho mínimo da amostra por distrito para os indivíduos utilizando a fórmula abaixo (Siqueira et al, 2001):

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

- p=prevalência de utilização da assistência odontológica em torno de 50% ($p=0,50$) (assumiu-se como desconhecida).
- N=total de indivíduos na população segundo o distrito e zona.
- d= 0,04 - erro amostral máximo admitido 4%.
- $z_{1-\alpha/2}^2 = 1,95$ - nível de confiança ($\alpha=0,05$).

Após o cálculo do número de indivíduos que apresentaram tais condições, foi obtido um n=407 indivíduos, considerando uma perda de 6%. Foram consideradas perdas motivos de mudança, recusa (após três tentativas), ausência no domicílio no momento da coleta (após três tentativas), e falecimento.

5.4. Coleta de Dados

A coleta dados foi feita através de dois questionários, o primeiro relativo a dados demográficos e socioeconômicos, e o segundo referente à condição de vida, hábitos e acesso e utilização de serviços odontológicos.

Para o preenchimento do primeiro questionário, foi entrevistado um informante-chave - com idade maior ou igual a 15 anos - que respondeu por

todos os outros residentes questões de cunho socioeconômico (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação trabalhista), e de acesso a serviços de saúde bucal (tipo de serviço utilizado – público/privado, básico/especializado – procedimentos realizados, tempo de marcação entre as consultas, posse de ficha de referência e como foi obtido o acesso ao serviço especializado) referente ao período máximo de 12 meses anterior ao momento da entrevista.

Para o segundo questionário, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) entrevistaram apenas os indivíduos que utilizaram o serviço público. Foram respondidas questões sobre hábitos (tabagismo e etilismo), condições sistêmicas (diabetes, histórico familiar e uso de antibióticos), atenção odontológica (tipo de tratamento realizado, se houve referenciamento, tempo decorrido desde a última visita ao dentista especialista, considerando como ano de referência o ano de implantação da atenção secundária em saúde bucal no município) e sobre hábitos de higiene bucal (frequência da escovação e tipos de materiais que faz uso para a higiene bucal).

Os ACS foram orientados a substituir o domicílio que estivesse vago ou não fosse residencial pelo seguinte. Em caso de recusa, o domicílio não deveria ser substituído, mas registrado como tal. Caso o ACS não encontrasse nenhum morador no momento da visita, deveria retornar no máximo três vezes. Após isso, o domicílio deveria ser registrado como informação perdida.

Para a coleta de dados, dois examinadores foram calibrados. A avaliação da reprodutibilidade intra-examinador foi baseada em exames duplicados realizados em 20 voluntários, aleatoriamente chamados durante o estudo. A confiabilidade e erro inter-examinador foi avaliado indiretamente fazendo uma comparação separada de cada examinador com um examinador padrão de referência. Para medidas contínuas, utilizamos o coeficiente de correlação intra-classe para estimar a confiabilidade inter-examinador e intra-examinador. Para anotar os exames, uma Auxiliar de Saúde Bucal e dois estudantes de Odontologia da Universidade Federal da Bahia foram treinados. A equipe era acompanhada pelo ACS local e as visitas poderiam ser agendadas. Os exames foram realizados em ambiente domiciliar durante o período de Agosto de 2011 a Setembro de 2012, utilizando uma cadeira de uso doméstico posicionada em local com iluminação natural ou artificial – fotóforo.

Para realização do exame clínico foi utilizando espelho clínico plano previamente esterilizado. Para medir a prevalência e necessidade de prótese, os critérios de diagnóstico preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) foram utilizados.

5.5. Variáveis Estudadas

Em relação ao uso de prótese, observou-se no momento do exame o uso da mesma pelo indivíduo, pois o fato deste possuir a prótese não indica que esta se encontrava funcional, ou seja, o indivíduo poderia possuir prótese, mas não usá-la, por diversos motivos. A necessidade de prótese foi registrada através do CPO-D, ou se o paciente possuía prótese insatisfatória. Os quadros abaixo apresentam as variáveis utilizadas para a caracterização dos pacientes quanto ao uso e necessidade de prótese.

Variáveis Dependentes	Operacionalização	Categorização
Uso de Prótese	0=não usa, 1=usa prótese unitária, 2=usa uma ponte fixa, 3=usa mais do que uma ponte fixa, 4=usa prótese parcial removível, 5=usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis, 6=usa prótese dentária total, 9=sem informação	0= não usa; 1= usa pelo menos uma prótese fixa unitária superior ou inferior
Necessidade de Prótese	0=não necessita, 1=necessita prótese unitária, 2=usa uma prótese fixa ou removível para a substituição de um elemento, 3=necessita uma prótese fixa ou removível para a substituição de mais de um elemento, 4=necessita uma combinação de próteses fixas e/ou removíveis para a substituição de um e/ou mais de um elemento, 5=necessita de prótese total, 9=sem informação	0= não necessita; 1= necessita de uma prótese fixa unitária ou mais no arco superior ou inferior

Quadro 1: Descrição das variáveis dependente

Variáveis Dependentes	Operacionalização	Categorização
Idade	Idade em anos	0= 15 – 34; 1= 35 – 44; 2= 45 ou mais
Sexo	-	0=Masculino; 1=Feminino
Área de Residência	-	0=Rural; 1=Urbana
Escolaridade	Anos de estudo	0= Até 8 anos; 1= 9 anos ou mais
Escolaridade do Chefe de Família	Anos de estudo do chefe da família	0= Até 4 anos; 1= 5 anos ou mais
Escolaridade Familiar	Escolaridade do chefe associado à escolaridade individual	0= Menor Escolaridade; 1= Maior Escolaridade
Renda Familiar	Reais	0= até 545 reais 1= 546 reais ou mais
Participação em Programa Social	-	0=Não Participa; 1=Participa
Uso do Fio dental	-	0=Não; 1=Sim
Número de Escovações	-	0= Uma vez; 1= Duas ou mais vezes
Tabagismo	-	0=Não/ Nunca; 1=Sim ou Ex-fumante
Diabetes	-	0= Não; 1= Sim
Gengivite*	25% ou mais de sítios com sangramento à sondagem e nenhum sítio com perda de inserção clínica >2mm	0= Não; 1= Sim
Periodontite**	4 ou mais dentes com um ou mais sítios com profundidade de sondagem \geq 4mm, com perda de inserção clínica \geq 3mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem.	0= Não; 1= Sim
Cárie	Número de dentes cariados	0= Não possui; 1= Um ou mais dentes com cárie
Perda dental	Número de dentes perdidos	0= Até 4 dentes perdidos; 1= 5 ou mais dentes perdidos
Percepção Individual da Necessidade de Tratamento	-	0= Não Necessita; 1= Necessita

Quadro 2: Descrição das variáveis independentes.

*Lopez et al, 2005

**Gomes Filho et al, 2006

A renda familiar foi categorizada segundo o salário mínimo em vigor na época. A variável “escolaridade familiar” foi obtida somando-se as variáveis “escolaridade de estudo do indivíduo”, e “escolaridade do chefe de família”. Foi categorizada como menor escolaridade familiar quem tinha estudado menos de 8 anos e/ou tinha chefe de família com menos de 4 anos de estudo. A perda dental foi dividida pela mediana.

5.6. Análise estatística

Os dados foram digitados no programa Epiinfo e foram analisados no Programa SPSS versão 13.0. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, apresentados através de gráficos e tabelas. Para a análise das associações foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson, observando um intervalo de confiança de 95% e valor de $p < 0,05$. Para a análise multivariada foi utilizada a Regressão Logística Binária com método Backward Stepwise, usando as variáveis independentes com valores de $p \leq 0,20$ para predizer o uso e a necessidade de prótese. Assim, todas as variáveis consideradas no modelo estão controladas entre si. Os odds ratio ajustados foram obtidos através da comparação de indivíduos que diferem apenas na característica de interesse e que tenham os valores das outras variáveis constantes.

6. RESULTADOS

Foram examinados 407 indivíduos, sendo 70% (n=285) do sexo feminino e 71,9% (n=266) residentes na área urbana. A faixa etária predominante foi de 15 a 34 anos, com 55,8% (n=227) dos participantes. Quanto às características socioeconômicas, 60,9% (n=248) dos indivíduos possuem uma renda familiar maior ou igual a 546,00 reais, 51,8% (n=211) estudaram até 8 anos, 52,1% (n=211) tem chefes de família com escolaridade maior que 5 anos e 67,9% (n=275) apresentam uma maior escolaridade familiar. São atendidos por programas sociais 56,3% (n=218) dos indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição amostral segundo características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	n	%
Sexo		
Masculino	122	30,0
Feminino	285	70,0
Faixa Etária		
15 - 34 anos	227	55,8
35 - 44 anos	75	18,4
45 anos ou mais	105	25,8
Área de Residência*		
Urbana	266	71,9
Rural	104	28,1
Renda Familiar		
Até 545 reais	159	39,1
546 reais ou mais	248	60,9
Escolaridade		
Até 8 anos	211	51,8
9 anos ou mais	196	48,2
Escolaridade do Chefe de Família**		
Até 4 anos	194	47,9
5 anos ou mais	211	52,1
Escolaridade Familiar**		
Menor escolaridade	130	32,1
Maior escolaridade	275	67,9
Participação em Programas Sociais		
Participa	218	56,3
Não Participa	169	43,7

*n=370 ** n=405

Quanto às características individuais, como hábitos, condições de saúde geral e bucal e a percepção da necessidade de tratamento, se observou que 92,2% (n=332) dos participantes relataram escovar os dentes duas vezes ou mais e 57,7% (n=235) afirmam usar o fio dental. 85,3% (n=347) dos indivíduos nunca fumaram e 6,6% (n=26) são diabéticos. Possuem cárie em um ou mais dentes 52,3% (n=213) dos examinados, 38,8% (n=158) possuem gengivite, 16,5% (n=67), periodontite e 54,3% (n=209) perderam até quatro dentes. Entre os pesquisados 98% (n=399) acreditam que tenham necessidade de tratamento odontológico (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição amostral segundo características individuais – hábitos, condições de saúde e percepção individual da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	n	%
Número de Escovação*		
Uma vez	28	7,8
Duas ou mais vezes	332	92,2
Uso do Fio dental		
Sim	235	57,7
Não	172	42,3
Tabagismo		
Não/Nunca	347	85,3
Sim/ Ex-fumante	60	14,7
Diabetes**		
Sim	26	6,6
Não	370	93,4
Gengivite		
Sim	158	38,8
Não	249	61,2
Periodontite		
Sim	67	16,5
Não	340	83,5
Cárie		
Sem cárie	194	47,7
Com um ou mais dentes com cárie	213	52,3
Perda Dentária		
Até 4 dentes	224	54,3
5 dentes ou mais	183	45,7
Necessidade de Tratamento		
Não	8	2,0
Sim	399	98,0

*n=360

**n=396

A necessidade de algum tipo de prótese está presente em 72,2%(n=294) dos indivíduos e 76,7% não usam próteses (Tabela 3).

Tabela 3: Prevalência da Necessidade e Uso de Prótese/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	Necessidade de Prótese		Uso de Prótese	
	N	%	n	%
Não	113	27,8	312	76,7
Sim	294	72,2	95	23,3
Total	407	100	407	100

Em relação à necessidade de prótese, 50,4% (n=205) não necessitam de prótese no arco superior e 35,6 (n=145) não necessitam no arco inferior. Dos indivíduos que necessitam de prótese fixa unitária, 5,7% (n=23) necessita no arco superior e 5,2% (n=21) no inferior. Necessitam de prótese fixa ou removível para substituição de um dente no arco superior 4,9% (n=20) e no inferior, 5,9% (n=24) dos participantes. Necessitam de prótese fixa ou removível para substituição de mais de um dente no arco superior 16,2% (n=66) e no inferior 22,1% (n=90). Necessitam combinações de próteses fixa ou removíveis no arco superior 21,4% (n=87) e no arco inferior 31,2% (n=127) dos indivíduos e 1,5% (n=6) dos participantes necessitam de prótese total no arco superior (Tabela 4).

Tabela 4 – Necessidade de Prótese/ São Sebastião do Passé – BA, 2012

	Prótese Superior		Prótese Inferior	
	n	%	n	%
Não necessita	205	50,4	145	35,6
Prótese fixa unitária	23	5,7	21	5,2
Prótese fixa/removível para substituição de um elemento	20	4,9	24	5,9
Prótese fixa/removível para substituição de mais de um elemento	66	16,2	90	22,1
Combinação de próteses fixas/removíveis	87	21,4	127	31,2
Prótese total	6	1,5	0	0
Total	407	100	407	100

Quanto ao uso de prótese, 79,4% (n=323) e 92,9% (n=378) não usam prótese nos arcos superior e inferior respectivamente. Dos indivíduos que usam prótese fixa unitária, 2% (n=8) usam no arco superior e 0,5% (n=2) no inferior. Usam mais que uma prótese fixa no arco superior 2,2% (n=9) e no inferior, 1% (n=4) dos participantes. Usam prótese parcial removível no arco superior 8,1% (n=33) e no inferior 4,7% (n=19). Usam uma ou mais próteses fixa ou uma ou mais próteses removíveis no arco superior 1,7% (n=7) e no arco inferior 0,7% (n=3) dos indivíduos e 6,6% (n=27) usam prótese total no arco superior e 0,2% (n=1) no arco inferior (Tabela 5).

Tabela 5 – Uso de Prótese/ São Sebastião do Passé – BA, 2012

	Prótese Superior		Prótese Inferior	
	n	%	n	%
Não Usa	323	79,4	378	92,9
Prótese fixa unitária	8	2,0	2	0,5
Mais que uma prótese fixa	9	2,2	4	1,0
Prótese Parcial Removível	33	8,1	19	4,7
Uma ou mais PPF e uma ou mais PPR	7	1,7	3	0,7
Prótese total	27	6,6	1	0,2
Total	407	100	407	100

Ao associar as características demográficas e socioeconômicas à necessidade de prótese, obteve-se como resultado que 69,7% dos homens e 73,3% das mulheres necessitam de algum tipo de prótese, assim como 89,5% dos indivíduos com 45 anos ou mais. A idade e a necessidade de prótese possuem associação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sendo que, quanto maior a idade, maior a necessidade de prótese. Também necessitam de prótese 74,1% dos residentes da zona urbana e 73,1% da zona rural, 71,7% dos que tem renda familiar de até 545 reais e 72,6% dos que recebem 546 reais ou mais (Tabela 6).

A necessidade de prótese está presente em 79,1% dos indivíduos com escolaridade de até 8 anos, e 64,8% dos que estudaram 9 anos ou mais, 74,2% dos participantes cujos pais estudaram até 4 anos e 80,8% dos que

apresentam uma menor escolaridade familiar. Dos que participam de programas sociais, 72% necessitam de algum tipo de prótese. Indivíduos que possuem escolaridade mais baixa têm 2,06 vezes mais chances de precisar de prótese assim como os que possuem escolaridade familiar mais baixa, que tem 94% de chance de ter alguma necessidade de prótese (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre a necessidade de prótese e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	Necessidade de Prótese				
	NÃO(%)	SIM (%)	OR	IC 95%	p
Sexo					
Masculino	30,3	69,7	1,19	0,75 – 1,90	0,450
Feminino	26,7	73,3	1,0	-	
Faixa Etária*					
15 - 34 anos	41,4	58,6	1,0	-	0,000
35 - 44 anos	10,7	89,3	6,04	3,06 – 11,89	
45 anos ou mais	10,5	89,5	1,02	0,38 – 2,67	
Área de Residência					
Urbana	25,9	74,1	1,05	0,63 – 1,75	0,847
Rural	26,9	73,1	1,0	-	
Renda Familiar					
Até 545 reais**	28,3	71,7	1,04	0,67 – 1,62	0,846
546 reais ou mais	27,4	72,6	1,0	-	
Escolaridade*					
Até 8 anos	20,9	79,1	2,06	1,32 – 3,21	0,001
9 anos ou mais	35,2	64,8	1,0	-	
Escolaridade do Chefe de Família					
Até 4 anos	25,8	74,2	1,19	0,77 – 1,85	0,417
5 anos ou mais	29,4	70,6	1,0	-	
Escolaridade Familiar*					
Menor escolaridade	19,2	80,8	1,94	1,17 – 3,22	0,009
Maior escolaridade	31,6	68,4	1,0	-	
Participação em Programas Sociais					
Participa	28,0	72,0	1,05	0,67 – 1,64	0,827
Não Participa	29,0	71,0	1,0	-	

Teste Qui-quadrado de Pearson

OR: *Odds ratio*

*Significância estatística

**Salário Mínimo

A relação entre as características individuais e a necessidade de prótese demonstra que 82,1% dos indivíduos que relatam escovar os dentes uma vez por dia e 75% dos que não usam fio dental possuem necessidade de prótese, bem como 78,3% dos fumantes ou ex-fumantes e 92,3% das pessoas que tem diabetes, sendo que estas possuem 4,88 vezes mais chances de precisarem de prótese do que os não diabéticos (Tabela 7).

A necessidade de prótese está presente em 67,7% dos indivíduos que possuem gengivite, em 77,6% dos que possuem periodontite e em 81,7% das pessoas que apresentam um ou mais dentes cariados e há uma chance 2,75 vezes maior para a necessidade de prótese em indivíduos com cárie. 90,7% dos indivíduos que perderam 5 ou mais dentes necessitam de prótese, sendo que a chance é 7,32 vezes maior de necessitar de prótese comparado aos que perderam até 4 dentes. Entre os participantes que afirmaram possuir necessidade de tratamento odontológico, 72,4% possuem necessidade de prótese (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre a necessidade de prótese e características individuais – hábitos, condições de saúde e percepção da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	Necessidade de Prótese				
	NÃO(%)	SIM(%)	OR	IC 95%	p
Número de Escovação					
Uma vez	17,9	82,1	0,55	0,20 – 1,49	0,234
Duas ou mais vezes	28,3	71,7	1,0	-	
Uso do Fio dental					
Não	29,8	70,2	1,27	0,81 – 1,98	0,287
Sim	25,0	75,0	1,0	-	
Tabagismo					
Não/Nunca	28,8	71,2	1,46	0,75 – 2,82	0,253
Sim/ Ex-fumante	21,7	78,3	1,0	-	
Diabetes*					
Não	28,9	71,1	1,0	-	0,019
Sim	7,7	92,3	4,88	1,13 - 21,02	
Gengivite					
Não	24,9	75,1	1,0	-	0,105
Sim	32,3	67,7	0,69	0,44 – 1,08	
Periodontite					
Não	28,8	71,2	1,0	-	0,282
Sim	22,4	77,6	1,40	0,75 – 2,61	
Cárie*					

Sem cárie	31,8	61,9	1,0	-	0,000
Com um ou mais dentes com cárie	18,3	81,7	2,75	1,75 – 4,32	
Perda Dentária*					
Até 4 dentes	42,9	57,1	1,0	-	0,000
5 dentes ou mais	9,3	90,7	7,32	4,16 - 12,88	
Necessidade de Tratamento					
Não	37,5	62,5	1,0	-	0,163
Sim	27,6	72,4	1,57	0,37 – 6,70	
Teste Qui-quadrado de Pearson					
		OR: Odds ratio		*Significância Estatística	

Quanto ao uso de prótese relacionado às características demográficas e socioeconômicas foi encontrado que 23,8% dos homens e 23,2% das mulheres usam algum tipo de prótese. A faixa etária que apresenta o maior número de usuários é a de 45 ou mais, com 48,6%. Existe uma associação positiva e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o uso de prótese e a idade, tendo 88% mais chance de serem utilizadas na faixa etária de 45 anos e 10,33 vezes maior a chance de uso na faixa etária de 35 a 44 anos, em relação a de 15 a 34 anos. Utilizam prótese 22,9% dos residentes em área urbana e 24% dos que moram na zona rural, 22,6% dos que possuem renda familiar de até 545 reais e 23,8% dos que recebem 546 reais ou mais (Tabela 8).

Usam prótese 27% dos indivíduos que possuem escolaridade de até 8 anos, 26,3% dos que tem chefe de família com até 4 anos de estudo e 31,5% dos que apresentam menor escolaridade familiar. Dos que participam de programas sociais, 17,4% usam prótese e, dos que não participam, 29,6% utilizam algum tipo de prótese. Indivíduos cujas famílias possuem menor tempo de estudo, possuem uma chance 88% maior de usarem prótese e os que participam de programas sociais, possuem 50% menos chances de as usarem (Tabela 8).

Tabela 8 - Relação entre o uso de prótese e características demográficas e socioeconômicas/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	Uso de Prótese				
	NÃO (%)	SIM (%)	OR	IC 95%	p
Sexo					
Masculino	76,2	23,8	0,96	0,58 – 1,59	0,894
Feminino	76,7	23,2	1,0	-	

Faixa Etária*					
15 - 34 anos	91,6	8,4	1,0	-	0,000
35 - 44 anos	66,7	33,3	10,33	5,64 – 18,95	
45 anos ou mais	51,4	48,6	1,88	1,02 – 3,49	
Área de Residência					
Urbana	77,1	22,9	0,94	0,55 – 1,60	0,821
Rural	76,0	24,0	1,0	-	
Renda Familiar					
Até 545 reais**	77,4	22,6	1,06	0,66 – 1,71	0,789
546 reais ou mais	76,2	23,8	1,0	-	
Escolaridade					
Até 8 anos	73,0	27,0	1,53	0,96 – 2,45	0,069
9 anos ou mais	80,6	19,4	1,0	-	
Escolaridade do Chefe de família					
Até 4 anos	73,7	26,3	1,35	0,85 – 2,14	0,197
5 anos ou mais	79,1	20,9	1,0	-	
Escolaridade Familiar*					
Menor escolaridade	68,5	31,5	1,88	1,17 – 3,03	0,008
Maior escolaridade	80,4	19,6	1,0	-	
Participação em Programas Sociais*					
Participa	82,6	17,4	0,50	0,31 – 0,81	0,005
Não Participa	70,4	29,6	1,0	-	
Teste Qui-quadrado de Pearson	OR: Odds ratio		*Significância Estatística		

*Salário Mínimo

A relação entre as características individuais e o uso de prótese evidencia que 32,1% dos indivíduos que escovam os dentes uma vez por dia e 31,4% dos que não usam o fio dental utilizam prótese. Quem usa do fio dental apresenta 2,16 vezes mais chances de não usar prótese. Usam prótese 25% dos fumantes ou ex-fumantes, bem como 38,5% dos diabéticos (Tabela 9).

A prótese é utilizada por 22,9% dos indivíduos que tem gengivite, 23,2% dos que tem periodontite, 23% dos que apresentam um ou mais dentes cariados e 43,7% dos que perderam 5 ou mais dentes. Dos participantes que referiram não necessitar de tratamento odontológico, 25% usam prótese (Tabela 9).

Tabela 9 – Relação entre o uso de prótese e características individuais – hábitos, condições de saúde e percepção da necessidade de tratamento/ São Sebastião do Passé – BA, 2012.

	Uso de Prótese				
	NÃO(%)	SIM(%)	OR	IC 95%	p
Número de Escovação					
Uma vez	67,9	32,1	0,61	0,26 – 1,41	0,251
Duas ou mais vezes	77,4	22,6	1,0	-	
Uso do Fio dental *					
Não	82,6	17,4	2,16	1,35 – 3,45	0,001
Sim	68,6	31,4	1,0	-	
Tabagismo					
Não/Nunca	76,9	23,1	1,11	0,58 – 2,10	0,742
Sim/ Ex-fumante	75,0	25,0	-	-	
Diabetes					
Não	77,6	22,4	1,0	-	0,062
Sim	61,5	38,5	2,16	0,94 – 4,94	
Gengivite					
Não	77,1	22,9	-	-	0,788
Sim	75,9	24,1	1,06	0,66 – 1,70	
Periodontite					
Não	76,8	23,2	1,0	-	0,909
Sim	76,1	23,9	1,03	0,56 – 1,91	
Cárie					
Sem cárie	76,3	23,7	1,0	-	0,866
Com um ou mais dentes com cárie	77,0	23,0	0,96	0,60 – 1,52	
Perda Dentária*					
Até 4 dentes	93,3	6,7	1,0	-	0,000
5 dentes ou mais	56,3	43,7	10,82	5,94 – 19,71	
Necessidade de Tratamento					
Não	75,0	25,0	1,0	-	0,254
Sim	76,7	23,3	0,92	0,18 – 4,59	

Teste Qui-quadrado de Pearson

OR: Odds ratio

*Significância Estatística

6.1 Análise Multivariada

No modelo de regressão logística binária, para a necessidade de prótese foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, escolaridade, escolaridade familiar, diabetes, gengivite, cárie e perda dental. Após análise multinível, foi observada uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de prótese e a faixa etária de 15 a 34 anos (OR_A: 3,23; IC: 1,38 – 7,56),

gingivite (OR_A: 2,02; IC: 1,20 - 3,42), a presença de cárie (OR_A: 2,74; IC: 1,62 - 4,61) e a perda dentária (OR_A: 5,41; IC: 2,67 - 10,96) (Tabela 10).

Tabela 10- Regressão Logística Binária – Necessidade de Prótese

Variável	OR	IC95%	OR _A	IC95%
Faixa Etária				
15 – 34 anos	1,0	-	1,0	-
35 – 44 anos	6,04	3,06 – 11,89	3,23	1,38 - 7,56
45 anos ou mais	1,02	0,38 – 2,67	2,20	0,93 – 5,19
Gengivite				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	0,69	0,44 – 1,08	2,02	1,20 - 3,42
Cárie				
Sem Cárie	1,0	-	1,0	-
Com um ou mais dentes com cárie	2,75	1,75 – 4,32	2,74	1,62 - 4,61
Perda Dentária				
Até 4 dentes	1,0	-	1,0	-
5 dentes ou mais	7,32	4,16 - 12,88	5,41	2,67 - 10,96

Regressão Logística Binária Método Backward Stepwise

OR: *Odds ratio*

ORA: *Odds ratio ajustado*

Primeiro bloco de análise: Escolaridade e Escolaridade familiar

Segundo bloco de análise: Faixa etária

Terceiro bloco de análise: Diabetes, Gengivite, Cárie e Perda dental

Para prever o uso de prótese foram incluídas na análise multivariada as seguintes variáveis: faixa etária, diabetes, uso do fio dental, escolaridade, escolaridade do chefe de família, escolaridade familiar, perda dentária e participação em programas sociais. Observou-se uma associação positiva entre o uso de prótese e a maior faixa etária (OR_A: 3,86; IC: 1,73 - 8,64), e perda dentária (OR_A: 5,29; IC: 2,48 – 11,30) e uma associação negativa entre o uso de prótese e participação em programas sociais (OR_A: 0,46; IC: 0,26 – 0,81) (Tabela 11).

Tabela 11 - Regressão Logística Binária – Uso de Prótese

Variável	OR	IC95%	OR_A	IC95%
Faixa Etária				
15 – 34 anos	1,0	-	1,0	-
35 – 44 anos	10,33	5,64 – 18,95	2,90	1,29 - 6,51
45 anos ou mais	1,88	1,02 – 3,49	3,86	1,73 - 8,64
Participação em Programas Sociais				
Participa	0,50	0,31 – 0,81	0,46	0,26 – 0,81
Não Participa	1,0	-	1,0	-
Perda Dentária				
Até 4 dentes	1,0	-	1,0	-
5 dentes ou mais	10,82	5,94 – 19,71	5,29	2,48 – 11,30

Regressão Logística Binária - Método Backward Stepwise

OR: *Odds ratio* ORA: *Odds ratio ajustado*

Primeiro bloco de análise: Participação em programas sociais

Segundo bloco de análise: Escolaridade, Escolaridade do chefe de família, escolaridade familiar

Terceiro bloco de análise: Uso do fio dental

Quarto bloco de análise: Faixa etária

Quinto bloco de análise: Diabetes e Perda dental

7. DISCUSSÃO

A relevância deste estudo está no fato de ser uma pesquisa de base populacional realizada em domicílios, coletando dados primários em saúde bucal com abordagem de fatores demográficos e sócio-econômicos. Apesar de ser um estudo transversal, traz as informações que são fundamentais para o conhecimento sobre as desigualdades em saúde e para subsidiar a orientação das políticas de saúde para o alcance de maior equidade.

No Brasil, adultos e idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, gerando um panorama de ausência de dentes e acúmulo de necessidades de grande demanda por serviços protéticos (Mallmann et al, 2012). Além disso, a perda dentária precoce é grave. A necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade e o edentulismo continua sendo um grave problema, especialmente entre os idosos (Brasil, 2012), sendo a prevalência desse agravo uma das mais elevadas do mundo (Colussi e Freitas, 2002). O mesmo foi observado no presente estudo, sendo que a prevalência do edentulismo – e, conseqüentemente, a necessidade e o uso de prótese – teve associação estatisticamente significativa com o aumento da idade. Acima de 45 anos, 89,5% dos indivíduos tinham alguma necessidade de prótese. Um coeficiente elevado e que se aproxima da proporção nacional dos idosos de 65 a 74 anos, que é de 92,7%, segundo dados do SB Brasil 2010 (Brasil, 2012). Quanto mais idoso for o indivíduo, maior será a chance da diminuição de dentes presentes na cavidade bucal, não só devido a exposição aos fatores de riscos de doenças e ou agravos, como também a sobretratamentos (Abuchaim et al, 2011).

As mudanças demográficas ocorridas na população brasileira, com o crescente envelhecimento populacional, têm causado grande impacto sobre a qualidade de vida da população, que não encontra amparo adequado no sistema público de saúde. Medeiros et al (2012) afirmam que o envelhecimento sem o adequado cuidado com a saúde bucal pode levar a intensas mudanças no sistema estomatognático, reduzindo sua capacidade física e funcional. O

envelhecimento da população e suas implicações no campo da saúde se configuram como um dos grandes desafios da Saúde Pública contemporânea (Moura et al., 2014).

Neste estudo, a amostra foi constituída, em sua maioria, por pessoas do gênero feminino, com renda abaixo de um salário mínimo e uma baixa escolaridade familiar. Isso pode refletir o cenário de um município que se mostra com poucas chances de empregabilidade e ocupação, alta taxa de pobreza e pouco acesso a bens de consumo. Soares et al (2015) afirmam que, em geral, mulheres apresentam maior proporção do uso de serviços públicos, devido à maior percepção das necessidades de saúde e do menor grau de ocupação.

Os determinantes sociais da perda dentária são complexos e destacam a importância do contexto social como principal causa das injúrias à saúde bucal. Pessoas em desvantagem social são mais acometidas pelas morbidades e para ultrapassar as barreiras de acesso para a utilização do serviço de saúde é necessário ter mais capital (econômico, social e cultural). Soares et al (2015) afirmam que, mesmo quando comparados grupos mais homogêneos, o maior capital cultural (representado pela escolaridade) é determinante para um uso mais integral dos serviços públicos.

A maior vulnerabilidade social dos indivíduos associada ao uso e à necessidade de prótese pode ser explicada pelas teorias do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1974). Ele traz como contribuições teóricas o conceito de *habitus* que traz em sua concepção que, o produto da experiência de vida individual, da experiência histórica coletiva e da interação entre elas, constitui o arcabouço da maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo, moldando a forma de agir dos indivíduos.

Durante muitos anos as extrações dentárias foram a solução para o alívio da dor de uma grande parte da população brasileira. Essa prática hegemônica, centrada em ações curativas e mutiladoras, geraram um panorama de ausência de dentes e acúmulo de necessidades com uma grande demanda por serviços protéticos (Mallmann et al, 2012; Baldani et al, 2010). Além disso, até os anos 2000 não havia nenhuma política de saúde pública que contemplasse a reabilitação oral e o perfil assistencial da saúde bucal no país

foi essencialmente caracterizado por ações na rede básica e nos serviços de urgências (Kornis et al, 2011). A perda progressiva dos dentes alicerçou a idéia de que isso faz parte do processo fisiológico de envelhecimento, sendo uma situação normal e comum no cotidiano da população idosa. Desta forma, os indivíduos tendem a reproduzir o mesmo comportamento, mesmo que inconscientemente, tornando a exodontia e a instalação de prótese dentária a alternativa escolhida em detrimento das ações de prevenção e do tratamento odontológico. E quanto maior a idade, mais chances do indivíduo ter perda dental com maiores alterações morfológicas que comprometem a estética facial, sendo por fim maior a chance de usar prótese.

Saliba et al (2010) concordam que a perda dos dentes, para um grande número da população, é considerada parte do processo natural do envelhecimento, embora a falta de dentes acarrete prejuízos de ordem estética, funcional e psicológica. Mallmann et al (2012) acrescentam que a perda está associada à redução da qualidade de vida dos indivíduos, pois contribui diretamente para a restrição da alimentação, causa descontentamento em relação ao aproveitamento das refeições com a família ou amigos e constitui um fator negativo para atividades sociais, podendo isolá-los do convívio social. Motta et al (2014) alertam para possíveis alterações psicológicas causadas pelas ausências dentárias ou pela utilização de próteses inadequadas, como a diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação. Borges et al (2014) afirmam que, além das perdas dentárias causarem impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, impactam também na sociedade onde elas estão inseridas, pois os serviços de saúde ainda não conseguem atender a demanda acumulada de tratamento odontológico reabilitador e o aumento da necessidade de próteses dentárias implica aumento no custo do tratamento.

Mesmo possuindo uma maior necessidade de prótese, dados do presente estudo confirmam que pessoas em maior situação de vulnerabilidade social as utilizam menos. Dentre os participantes de programas sociais, 72% necessitam de prótese e apenas 17,4% as utilizam. A chance de usar prótese entre os beneficiários de programas sociais foi 54% menor em comparação aos que não recebiam o benefício. Isso pode ser explicado pelo menor acesso

dessa população à reabilitação protética, tratamento oferecido apenas em consultórios particulares, já que o CEO da cidade não possui esse serviço. Apesar de estar entre as principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), a reabilitação protética se encontra limitada a próteses parciais e provisórias, sendo que os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) ainda estão em fase incipiente de implantação, e o seu funcionamento depende também da co-participação do município. Além disso, Aguiar e Celeste (2015) consideram que aspectos políticos, operacionais, administrativos, financeiros e de interesse do controle social podem ter influenciado na alocação de LRPD e que as taxas de utilização e oferta desses serviços mostraram-se desiguais entre as macrorregiões brasileiras.

Embora não tenham sido encontrados outros estudos que associem a participação em programas sociais e o uso e a necessidade de prótese, a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas mais vulneráveis, especialmente aos serviços mais especializados, como é a prótese dentária, já foi retratada em diversos estudos (Soares et al, 2015; Soares et al, 2013; Peres et al, 2012; Baldani e Antunes, 2011; Baldani et al, 2010). Soares et al (2013) alegam que a desigualdade de acesso à saúde está ligada às políticas sociais e econômicas, visto que a utilização dos serviços públicos é maior entre os indivíduos de classes sociais mais baixas e os procedimentos realizados nesta população são mais mutiladores. A limitação do uso de prótese associado aos participantes de programas sociais demonstra ainda a iniquidade do sistema de saúde, que restringe o acesso de pessoas em vulnerabilidade social ao tratamento de reabilitação oral.

Essa desigualdade de acesso também pode ser influenciada pelas barreiras que são impostas pelos próprios serviços de saúde. Entre as classes trabalhadoras, a jornada de trabalho não permite que o empregado se afaste do cargo para cuidar preventivamente da saúde bucal, mas apenas quando existe a dor, por ela afetar diretamente o seu desempenho. Isso leva muitos trabalhadores a agir de acordo com a lógica econômica, ou seja, agir de forma que a perda seja a menor possível. Como em casos de dor o tratamento é geralmente mais demorado e requer mais consultas, e conseqüentemente um

maior percentual de faltas ao trabalho, a opção pela exodontia se faz presente novamente como forma de lidar com o problema da maneira mais resolutiva. Albuquerque Filho (2014) aponta que as morbidades bucais têm significativa prevalência na população e estão associadas à ausência ao trabalho (absenteísmo) e ao baixo rendimento no ambiente laboral (presenteísmo), representando alto custo para as instituições públicas e privadas e, sobretudo para o trabalhador.

Não houve associação entre o número de escovações e o uso e a necessidade de prótese, provavelmente devido à limitação da qualidade da informação auto-referida, que pode ser manipulada pelos entrevistados. O controle mecânico do biofilme dental é um importante meio de manutenção das condições de saúde oral. A escovação é o principal método de auto-cuidado para evitar as doenças mais prevalentes na boca, doença periodontal e cárie dentária. Conseqüentemente, a frequência de escovação de duas vezes por dia é uma recomendação universalmente aceita para manter a boa saúde dental e periodontal (Cury e Tenuta, 2009; Honkala et al, 2015).

Em relação ao fio dental, quem o utiliza tem menos chances de usar prótese. Lisbôa e Abegg (2006) constataram que pessoas com maior renda e maior escolaridade utilizam mais esse instrumento, que requer habilidade, destreza manual, tempo e motivação individual, além de possuir um custo elevado, e que, embora a divulgação do uso do fio dental tenha crescido sua prática não é comum entre a população brasileira. Santos et al (2003) afirmam que é necessário esclarecer a verdadeira função do fio dental, pois a crença de que o fio serve apenas para remover os restos alimentares presentes entre os dentes estimula a sua utilização com pequena frequência, pois os pacientes somente farão uso dele quando comerem alimentos sólidos e estes ficarem entre os dentes. Zanatta et al (2008) afirmam que a razão mais associada ao uso do palito dental é remoção de alimentos impactados e que os indivíduos de menor grau de instrução utilizam apenas eventualmente o palito dental e, à medida que o grau de instrução aumenta, há a introdução do fio/fita dental como instrumento de limpeza interdental. O palito de dente é encontrado sem dificuldades pela população, possui baixo custo e é mais fácil e rápido de usar que o fio dental.

A cárie é a principal causadora de perdas dentárias, e, como o esperado, houve associação entre esta doença e a necessidade de prótese. A análise multivariada mostrou uma associação significativa entre a necessidade de prótese e a maior faixa etária e a cárie dentária. Isso se deve, além dos fatores etiológicos, à influência dos determinantes sociais e individuais na incidência e prevalência da cárie e ao caráter cumulativo das sequelas da doença durante a vida. Existe uma associação entre a experiência de cárie dentária e as condições relacionadas ao nível socioeconômico: as condições de saúde bucal são piores nos grupos sociais menos favorecidos economicamente e com menor escolaridade (Dolan et al, 2001; Barbato et al, 2007; Silva et al, 2010b; Cypriano et al, 2011). Estes têm menos acesso e utilizam menos serviços preventivos e assistenciais, consomem mais sacarose, possuem piores padrões de higiene bucal e apresentam menor acesso e utilização de fluoretos, resultando em maiores danos e maiores perdas, o que leva à necessidade de prótese (Barbato e Peres, 2009). Entre os determinantes individuais, estão a predisposição do indivíduo à doença, a utilização de serviços de saúde, os aspectos culturais, a percepção da condição de saúde bucal, dificuldades motoras, doenças sistêmicas, o uso de medicamentos, entre outros (Baldani et al, 2010; Lopes et al, 2010).

Uma das características da cárie é o acúmulo de suas sequelas durante a vida, portanto, quanto maior a idade, maior é a chance de o indivíduo ter experiência de cárie, perda dental e necessidade de prótese. A perda dentária também pode ser decorrente das ações do cirurgião dentista. Práticas prejudiciais, como a remoção desnecessária da estrutura do dente e a substituição de materiais clinicamente bem sucedidos, como o ouro e o amálgama, têm se tornado frequente e expõe o paciente ao risco desnecessário do sobretratamento (Simonsen, 2007b). Os preparos cavitários para novas restaurações são invasivos e podem resultar na perda do elemento dental uma vez que, a cada nova substituição da restauração, existe um aumento da cavidade com redução da resistência do dente hígido (Abuchaim et al, 2011). Nenhum material restaurador é tão bom quanto o esmalte e a dentina, mas alguns profissionais têm convencido os pacientes a fazerem tratamentos desnecessários em nome da estética (Simonsen, 2007a). Se o

dano potencial de qualquer tratamento, em especial uma intervenção eletiva, excede o benefício potencial, então não é ético realizá-lo (Simonsen, 2007b).

A análise multivariada revelou uma associação estatisticamente significativa entre a necessidade de prótese e gengivite. Diversos estudos (Sousa et al, 2014; Vettore et al, 2013; Matos e Godoy, 2011; Azenha et al, 2011; Almeida et al, 2006; Dias et al, 2006) apontam relação entre a doença periodontal e perda dental, e conseqüentemente, necessidade de prótese. Sousa et al (2014) indicam que pessoas com diabetes têm mais chance de desenvolver doença periodontal, e que ela se apresenta de uma forma mais rápida e severa. A maior severidade da doença periodontal leva a um maior número de perdas dentárias, o que pode explicar a associação entre diabetes e a necessidade de prótese encontrada neste estudo.

A perda dental foi um agravo encontrado em número significativo na população desse estudo e ela está diretamente relacionada à necessidade de prótese. Existe uma chance 5,41 vezes maior de necessitar de prótese de quem perdeu mais de cinco dentes, indicando que quem perde mais dentes tem menos acesso ao tratamento de reabilitação protética. A perda de 5 ou mais dentes representou uma chance 5,29 vezes maior de uso de prótese do que nos indivíduos que tinham perdido até quatro dentes. Apesar de não ter sido objeto desse estudo, sabe-se que a perda é mais frequente em molares. As características anatômicas, como a presença de cicatrículas, fósulas e fissuras estreitas e profundas, dificultam a auto-limpeza e a higienização e tornam estes dentes mais suscetíveis à cárie dentária, contribuindo para o alto índice de perda. Saliba et al (2010) estudando uma população rural identificaram que a perda dental era maior nos dentes posteriores e que havia uma maior preocupação em manter os dentes anteriores devido ao incômodo sentimento de vergonha associado à ausência dos dentes. Borges et al (2014) constataram que os adultos pertencentes ao grupo de “baixo capital social” (que não participavam de nenhum grupo social – formal ou informal) perderam mais dentes do que os adultos do grupo com “alto capital social”. O que sugere que as interações sociais influenciam na decisão de conservar os dentes.

Foi verificado nesse estudo um maior percentual de uso de próteses dentárias no arco superior, o sugere uma maior preocupação dos indivíduos

com sua estética facial, já que os dentes superiores são mais aparentes durante o sorriso que os inferiores. Silva et al (2010a) acreditam que a função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória, visto que a perda de dentes anteriores motiva as pessoas a buscar tratamento para substituição protética, enquanto a perda de elementos posteriores tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas.

Outra provável justificativa para o maior percentual de uso de próteses dentárias no arco superior é a maior dificuldade de adaptação que os indivíduos relatam em relação ao uso da prótese para a arcada inferior e o desconforto pela sua utilização. Hobkirk e Zarb (2013) citam como possíveis causas da falta de estabilidade da prótese inferior a menor área disponível para o suporte e as alterações na forma e na atividade da língua que ocorrem com a perda dos dentes. Leles et al (1999b) alertam para o surgimento de dificuldades temporárias relacionadas à mastigação, fonética, excesso de salivação, além de possíveis áreas de traumatismo – devido à extensão incorreta ou áreas de compressão localizadas – quando uma nova prótese é instalada, o que leva grande parte dos pacientes deixar de utilizá-las no período imediatamente após a instalação. Em um estudo realizado em 2012 nos distritos de Ahmedabad e Gandhinagar, na Índia, Shah et al encontraram uma prevalência de edentulismo (total e parcial) de 63,1%. Entretanto, só usavam prótese no arco superior 13% dos indivíduos e no arco inferior 16%. Ainda menor é o uso de prótese entre os Sudaneses. Em 2012, Khalifa et al observaram que apenas 4,3% dos indivíduos pesquisados usavam prótese no arco superior e 1,7% no arco inferior, entretanto a prevalência de edentulismo era de 37,2% na maxila e 48,2% na mandíbula.

Segundo Petersen et al (2004), 19% da população pesquisada na Dinamarca utiliza PPRs e 8% usa próteses totais superior e inferior. Dados encontrados por John et al (2004), em um estudo feito na Alemanha, mostram que 4,7% dos indivíduos pesquisados usavam PT em ambos os arcos e 25% utilizavam PPRs. Na Suécia, a prevalência de edêntulos usuários de próteses totais é de 1% e de próteses parciais 9%, segundo dados de Hugoson et al (2005). Olabisi e Ifeanyi, em 2012, constataram que 74% dos participantes da sua pesquisa na Nigéria, necessitavam de algum tipo de prótese, sendo que a

maior parte, 35%, necessitava de combinação de próteses. Nesse estudo, a maior parte dos indivíduos examinados também necessita de combinação de próteses e o tipo mais utilizado é a prótese parcial removível (PPR). Os dados encontrados estão mais próximos dos encontrados nos países subdesenvolvidos, corroborando a ideia de que a necessidade de prótese é maior, mas o seu uso é menor, em populações mais vulneráveis socialmente.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa, de modo universal e equitativo, não apenas tratamento, prevenção ou recuperação da saúde, mas, por meio de todos e cada um destes recursos, produzir cuidado. (Ayres, 2009). Gomes (2003) traz a integralidade com um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde, como um ideal regulador, um dever. Narvai (2005) lembra que a Constituição Brasileira de 1988 não fala em integralidade, mas sim em “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Para isso, o sistema de serviços de saúde deve funcionar com adequados mecanismos de referência e contra-referência. Entretanto, integrar serviços não garante integralidade ao ‘sistema de saúde’, pois não se deve restringir à produção de saúde à assistência. Indivíduos e populações necessitam, simultaneamente, de ações individuais e coletivas, preventivas e terapêuticas. Amplitude que não é alcançada apenas pela assistência, mas pela atenção à saúde, um conceito mais amplo que pode ser definido como “o conjunto de atividades intra e extra-setor saúde que cujo objetivo é manter a saúde e requer ações concomitantes sobre todos os determinantes da saúde-doença”. Integralidade implica em indissociabilidade dos aspectos de saúde bucal e de saúde geral. É fundamental que se tenha a atuação de uma equipe multidisciplinar em todos os níveis de atenção e que o atendimento seja realizado compreendendo as individualidades e respeitando as expectativas e inseguranças dos pacientes (Shinkai e Cury, 2000).

Chaves e Vieira-da-Silva (2007) relataram ser um problema grave do sistema a falta de atenção integral, visto que em ambos os municípios pesquisados, não havia garantia de conclusão do tratamento, pois o paciente deveria retornar à fila a cada vez que buscasse o serviço, situação que funciona como obstáculo à continuidade do cuidado, dificulta acesso e o

acolhimento do paciente, pois este é obrigado a chegar à unidade de madrugada para conseguir nova ficha de atendimento.

A condição de saúde bucal do indivíduo tem relação não só com a história da doença pregressa, mas também da sua história psíquica e social, assim como diz muito sobre o modelo de atenção à saúde que aquele indivíduo recebeu. O edentulismo constitui-se em umas das marcas da desigualdade social e o percentual de uso de prótese menor que o percentual de necessidade de prótese encontrado nesse estudo revela iniquidade no acesso aos serviços odontológicos, já que pessoas que apresentavam mais necessidade usavam menos próteses, a baixa resolubilidade dos serviços de saúde bucal e a perpetuação do acúmulo da demanda por tratamento. Devido à complexidade e à pluralidade de quadros clínicos encontrados em adultos e idosos, é imprescindível o adequado funcionamento dos serviços de referência e contra-referência, e a associação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) a todos os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Narvai (2005) acredita que a qualidade da atenção pode ser melhorada atuando-se no nível da assistência, integrando a rede de serviços, desenvolvendo recursos humanos, qualificando a gestão, dotando-a de equipamentos e outros recursos, e “humanizando” o atendimento. É imprescindível que o tratamento de reabilitação protética seja oferecido à população pelo serviço público, para isso, é necessário a associação do CEO do município a um Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

A severidade do quadro epidemiológico mostra a necessidade imediata de uma política pública efetiva – com ações educativas, preventivas, curativas e de reabilitação protética – que atenda às necessidades específicas da população estudada dentro da lógica dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde.

8. CONCLUSÕES

Constatou-se uma importante iniquidade no acesso aos serviços odontológicos, já que pessoas que apresentavam maior necessidade usavam menos próteses.

O uso de prótese foi menor e a necessidade de prótese foi maior em pessoas em maior vulnerabilidade social, indicando que a redução das disparidades sócio-econômicas e as medidas de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis permanecem como um desafio para todos os que formulam e implementam as políticas públicas no Brasil.

Condições de saúde como gengivite, cárie dental e perda dental estão associadas à necessidade de prótese, assim como a maior perda dental está ao uso de prótese.

Quase todos os indivíduos examinados relataram ter necessidade de tratamento odontológico, indicando que a ampliação do acesso ao serviço de saúde, especialmente ao serviço de prótese dentária, no Sistema Único de Saúde (SUS) é uma necessidade real e de grande relevância.

REFERÊNCIAS

1. ABUCHAIM, Clarisse. Abordagem científica e clínica do selamento de lesões de cárie em superfícies oclusais e proximais. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.1, p.117-123, jan/mar, 2011.
2. AGUIAR, Violeta Rodrigues; CELESTE, Roger Keller. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.20, n.10, p. 3121-3128, 2015,
3. ALBUQUERQUE FILHO, Luiz Otaviano de. Presenteísmo e saúde bucal em trabalhadores da indústria de transformação e construção civil/PE / Luiz Otaviano de Albuquerque Filho. - Recife, 2014. 43p.
4. ALMEIDA, Erika Oliveira de; FREITAS-JÚNIOR, Amilcar Chagas; ASSUNÇÃO, Wirley Gonçalves. Os Desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. Rev INPEO de Odontologia Cuiabá – MT v.2 n. 1 p. 69-76 Jan – Jul 2008
5. ALMEIDA, Ricardo Faria et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. Rev Port Clin Geral, v. 22, p.379-90, 2006.
6. ALVES FILHO, Pedro; SANTOS, Ricardo Ventura; VETTORE, Mario Vianna. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica, v.35, n.1, p.67–77, 2014.
7. AYRES, José Ricardo C. M. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.
8. AZENHA, Marcelo Rodrigues et al. Estudo Epidemiológico da saúde bucal da população idosa. Int. J. Dent. Recife, v. 10, n.4, p.228-233, out/dez, 2011.
9. BALDANI, Márcia Helena et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.13, n.1, p. 150-162, 2010.
10. BALDANI, Márcia Helena; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an área covered by the Family Health Strategy. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 Sup 2, p.S272-S283, 2011.
11. BARBATO, Paulo Roberto et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.
12. BARBATO, Paulo Roberto; PERES, Marco Aurélio. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. Revista de Saúde Pública, v.43, n.1, p. 13-25, 2009.
13. BARCELOS, Bento A. et al. Análise comparativa da condição de dentes pilares de próteses parciais removíveis intercaladas e de extremidades livres. Rv. Odontol. Bras. Central, v. 21, n.61, p. 69-72, 2013.

14. BORGES, Carolina Marques et al. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.6, p. 1849-1858, 2014
15. BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. Ed. Perspectiva S.A. São Paulo, 1974. 361p.
16. BOURDIEU, Pierre. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Ed. Papirus, Campinas, 1996. 11ed, 224p.
17. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. *Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004. 16p.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986*. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 116p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica*. Brasília, 2011. 51p
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo das ações do Brasil Sorridente*. Brasília, 2013. 20p. (a)
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo*. Brasília, 2013. 130p. (b)
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Unidade técnica de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. José Felipe Riani; CHAGAS, Luciana de Deus; SILVESTRE, Rosa Maria Silvestre (Org). *A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília, 2006.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php. Acesso em: Maio/2014.
27. BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

28. CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. Aspectos Biomecânicos das próteses parciais removíveis e o periodonto de dentes de suporte. R. Periodontia, v.18, n. 1, p.105-113, mar., 2008.
29. CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França et al. O Impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. Revista Ciências Médicas. Campinas, v. 14, n. 3, p.229-238, maio/jun., 2005.
30. CARDOS, Maria Cristina A. Freitas; BUJES, Roseneide Vieira. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. Estud. Interdiscipl. Envelhec. Porto Alegre, v. 15, n. 1, p.53-67, 2010.
31. CHAVES, Sônia Cristina Lima; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. Atenção à saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1119-1131, mai, 2007.
32. CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
33. COLUSSI, Claudia Flemming; FREITAS, Sergio Fernandes Torres de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1313-1320, set-out, 2002.
34. CRISPIM, Artur Jorge; SAUPE, Rosita; BOING, Antônio Fernando. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 38, n.2, 2009.
35. CURY, Jaime Aparecido; TENUTA, Livia Maria Andaló. Enamel remineralization: controlling the caries disease or treating early caries lesions?. *Braz. oral res.* [online]. v. 23, suppl.1, p. 23-30, 2009.
36. CYPRIANO, Silvia et al. Fatores associados à experiência de cárie em escolares de um município com baixa prevalência de cárie dentária. Ciência & Saúde Coletiva, v.16, n.10, p. 4095-4106, 2011.
37. DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. Policies and Strategies to promote equity in health. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1992. 62p.
38. DIAS, Lenize Zanotti Soares; PIOL, Sarah Anderson Costa; ALMEIDA, Cynthia Santos Lorencini de. Atual classificação das doenças periodontais. UFES Rev. Odontol., Vitória, v.8, n.2, p.59-65, maio/ago. 2006.
39. DOLAN, Teresa A., Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults. Community dentistry and oral epidemiology, v.20, n.1, p.329-340, 2001.
40. ESCODA, Maria do Socorro Quirino. Iniquidades em saúde no Brasil sob as lentes da sociedade civil. Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n.4, p.1595-1602, Rio de Janeiro, 2012

41. FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p. 405-416, 2001.
42. FERREIRA, Aurigena Antunes Araújo et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.1, p.211-218, 2006.
43. FIGUEIREDO, Nilcema; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.259-267, fev.,2009.
44. FRIAS, Antônio Carlos et al. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* v. 22, n.4, p.279-285, 2007.
45. FURTADO, Dayane Gonsalo; FORTE, Franklin Delano, Soares; LEITE, Dayane Franco B. Mangueira. Uso e necessidade de prótese em idosos: reflexos na qualidade de vida. *Rev. Bras. Ciên. Saúde. Paraíba*, v.2, n.15, p.183-190, 2011.
46. GERSCHMAN, Silvia. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, p.1441-1451, 2008.
47. GESSER, Hubert Chamone Gesser; PERES, Marco Aurélio; MARCENES, Wagner. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. *Rev Saúde Pública*, v.35, n.3, p. 289-293, 2001.
48. GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro, Ruben Mattos Kenneth R. Camargo Jr. (org.). UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 228pp. 2003.
49. GOMES FILHO, Isaac Susart et al. Comparação de critérios que determinam o diagnóstico da doença periodontal. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 21, n. 51, jan./mar. 2006
50. HILGENBERG, Priscila Brenner; PORTO, Vinícius de Carvalho. Avaliação fonética em pacientes portadores de próteses dentárias. *Rev. Gaucha Odontol.*, Porto Alegre, v.59, supl 0, p.75-79, jan./jun, 2011.
51. HOBKIRK, John A.; ZARB, George. Tratamento Protético para os Pacientes Edentulos - Próteses Totais Convencionais e Implantossuportadas. ZARB, George et al. 13ed, Rio de Janeiro, Ed Elsevier. Cap 1, p.1-27, 2013
52. HONKALA, Sisko et al. Trends in toothbrushing in 20 countries/regions from 1994 to 2010. *European Journal of Public Health*, v. 25, n. 2, p.20–23, 2015.
53. HUGO, Fernando Neves et al. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v. 35, n. 3, p. 224-232, 2007.
54. HUGOSON, A., et al. Oral health of individuals aged 3–80 years in Jo“nko“ping, Sweden during 30 years (1973–2003). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swedish Dental Journal* v.29: p.139–155, 2005

55. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao Acesso em: Jun/2014.
56. JOHN, M.T., et al. Demographic factors, denture status and oral healthrelated quality of life. *Community of Dental Oral Epidemiology* v.32: p.125–132, 2004
57. KHALIFA, Nadia et al. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *Journal of Oral Science*, v. 54, n. 4, p. 303-312, 2012
58. KORNIS, George Edward Machado; MAIA, Leila Senna; FORTUNA, Renata Ferraiolo Peixoto. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.197-215, 2011.
59. LELES, Cláudio L. et al. Estudo Retrospectivo dos Fatores Associados à Longevidade de Próteses Totais. Parte I – Avaliação Subjetiva e Queixas dos Pacientes. Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos, v.2, n.1, jan./jun., 1999. (a)
60. LELES, Cláudio L. et al. Estudo Retrospectivo dos Fatores Associados à Longevidade de Próteses Totais. Parte II – Tempo de Uso e Estimativa de Durabilidade. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos, v.2, n.2, p.1-8, Jul./Dez., 1999. (b)
61. LISBÔA, Isabel Cristina; ABEGG, Claídes. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v.15, n.4, p.29-39, 2006.
62. LOPES, Ewellyne Suely De Lima; PARK, Margareth Brandini. Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento. *Estudos de Psicologia*, Natal, v.12, n. 2, p.141-148, 2007.
63. LOPES, Michelle Cristina; OLIVEIRA, Viviane Maia Barreto de; FLÓRIO, Flávia Martão. Condição bucal, hábitos e necessidade de tratamento em idosos institucionalizados de Araras (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.6, p. 2949-2954, 2010.
64. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Guitérrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol.*, v.76, n. 11 Suppl, p.2144-53, 2005;
65. MALLMANN, Fernanda Hilgert; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; ABEGG, Claídes. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, v. 21, n.1, p.79-88, jan-mar, 2012.
66. MATOS, Geraldo Roberto Martins; GODOY, Moacir Fernandes de. Influência do tabagismo no tratamento e prognóstico da doença periodontal. *Arq Ciênc Saúde*; v. 18, n.1, p.55-58, jan-mar, 2011.

67. MEDEIROS, Júlia Julliêta de et al. Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores associados em município do nordeste brasileiro. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. João Pessoa, v.12, n.1 p.573-578, 2012.
68. MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; CAETANO, João Carlos. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.696 – 704, out./dez., 2008.
69. MOREIRA, Rafael Da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1665 – 1675, nov./dez., 2005.
70. MOTTA, Bruna Barnard; NOGUEIRA, Alex Vettori e TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq. Odontol.* [online], v.50, n.4, p. 170-177, 2014.
71. MOURA, Walda Viana Brígido de. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.38, n.1, p.115-124 jan./mar. 2014.
72. NARVAI, Paulo C. Integralidade na atenção básica à saúde. Integralidade? Atenção? Básica? In: Garcia DV (org). *Novos rumos da saúde bucal: os caminhos da integralidade*. Rio de Janeiro: ABORJ/ANS/UNESCO; p.28-42, 2005.
73. OLABISI, Arigbede Abiodun; IFEANYI, Chukuwuma Emmanuel. Teeth Retention, Prosthetic Status and Need among a Group of Elderly in Nigeria. *Dentistry*, v.2, n.1, p. 1-4, 2012.
74. PERES, Marco Aurélio et al. Effects of Social and biological factors on dental caries in 6-years-old children: a cross sectional study nested in a birth cohort in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*, v.6, n.4, 293-306, 2003
75. PERES, Marco A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.2, p.90-100, 2012
76. PESQUEIRO, Ana Cristina Batista. *Uso de Prótese Total por Idosos: Aspectos Psicológicos*. Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Católica de Goiás/UCG – Área de concentração: Psicologia Social. 54p, 2005.
77. PETERSEN, P.E.,et al. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *Journal of Public Health in Dentistry* v.64: p. 127–135, 2004.
78. PIETROBON, Louise et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1589-1599, 2008.
79. PINTO, Rafaela da Silveira; MATOS, Divane Leite; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 17, n. 2, p. 531- 544, 2012

80. PIUVEZAM, Grasiela; LIMA, Kenio Costa de. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology*, v.30, n.2, p.142-149, 2013.
81. REIS, Alessandra Rodrigues et al. Influência do tempo de cessação do hábito de fumar na condição Periodontal. *J Health Sci Inst.*, v.30, n.1, p.31-36, 2012.
82. RIBEIRO JUNIOR, Levi. O tratamento odontológico no resgate da auto-estima em pacientes idosos: relato de caso clínico. *Revista Fluminense de Odontologia*, v.16, n. 34, jul./dez., 2010.
83. SALIBA, Nemre Adas et al. Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, p. 1857 – 1864, 2010.
84. SANTOS, Isabela Soares; UGÁ, Maria Alicia Dominguez; PORTO, Silvia Marta. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.5, p.1431-1440, 2008
85. SANTOS, Patrícia Aleixo; RODRIGUES, Jonas de Almeida; GARCIA, Patrícia P. N. Sasso. Conhecimento sobre prevenção de cárie e doença periodontal e comportamento de higiene bucal de professores de ensino fundamental. *Cienc Odontol Bras.*, v.6, n.1, p. 67-74, jan./mar, 2003
86. SHAH, Vrinda R.; SHAH Darshana N.; PARMAR, Chaitanya H. Prosthetic Status and Prosthetic Need Among the Patients Attending Various Dental Institutes of Ahmedabad and Gandhinagar District, Gujarat. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*, v. 12, n. 3, p 161-167 Sept, 2012.
87. SHEIHAM, Aubrey. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. (Editorials) v. 83, n. 9, p. 644. September, 2005.
88. SHINKAI, Rosemary Sadami Arai; CURY, Altair A. Del Bel. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.1099-1109, out-dez, 2000.
89. SILVA, Maria Elisa de Souza e et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.3, p.841-850, 2010. (a)
90. SILVA, Maria Elisa de Souza e; MAGALHÃES, Claudia Silami; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n.3, p. 813-820, 2010. (b)
91. SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; VALSECKI JUNIOR, Aylton. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v.8, n.4, p. 268-271, 2000.
92. SIMONSEN, Richard J. Commerce versus Care: Troubling Trends in the Ethics of Esthetic Dentistry. *Dental Clinics of North America*, v.21, n.2, p. 281-287, 2007. (a)
93. SIMONSEN, Richard J. Overtreatment? You bet it is!: Perspectives. *Journal Compilation*, v. 19, n.5, p.235-237, 2007. (b)
94. SOARES, Felipe Fagundes; CHAVES, Sônia Cristina Lima; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção

básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. Rev Panam Salud Publica, v. 34, n.6, p. 401-406, 2013.

95. SOARES, Felipe Fagundes; CHAVES, Sônia Cristina Lima; CANGUSSU, Maria Cristina Teixeira. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 586-596, mar, 2015

96. SOBRAL, André; FREITAS, Carlos Machado de. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.35-47, 2010.

97. SOUSA, João Nilton Lopes de; NÓBREGA, Danúbia Roberta de Medeiros; ARAKI, Ângela Toshie. Perfil e percepção de diabéticos sobre a relação entre diabetes e doença periodontal. Rev Odontol UNESP, v.43, n.4, p. 265-272 Jul/Ago, 2014.

98. THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. RAP Rio de Janeiro v. 40, n.1, p. 27-55, Jan./Fev. 2006.

99. VARGAS, Andréa Maria Duarte; PAIXÃO, Helena Heloísa. 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. Ciência & Saúde Coletiva, v. 10, n.4, p.1015-1024, 2005.

100. VETTORE, Mario Vianna; MARQUES, Regina Auxiliadora de Amorim; PERES, Marco A. Revista de Saúde Pública, v.47, n. Supl 3, p.29-39. 2013.

101. WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Revista Brasileira de Estudos de População. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun., 2006.

102. ZANATTA, Fabrício Batistin et al. Palito dental: razões para sua utilização e perfil cultural de usuários. R. Periodontia – v.18, n. 03, p. 90-96, set/2008.

103. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1572, de 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, p. 732, 30 de jul. 2004.

104. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, mar 2006.

105. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1825 de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, ago.2012.

ANEXO I



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 043 / CEP-ISC

Registro CEP: 045 -10/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas."


Pesquisador Responsável: Sônia Cristina Lima Chaves

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 26 de outubro de 2010, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 27 de outubro de 2010.


Maria da Conceição Nascimento Costa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/n - Campus Universitário Canela
Cep: 40.110-040- Salvador – BA

O Sr.(a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada "A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas", desenvolvida pela Faculdade de Odontologia que está pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que o Sr.(a) irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o acesso e uso dos serviços de saúde bucal do município e é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. Caso, o Sr.(a) estiver de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar, podendo,

inclusive, solicitar interrupção da gravação sem nenhum prejuízo da relação com o pesquisador.

Todo o material de pesquisa ficará sob a guarda do pesquisador e será mantido e arquivado no prazo recomendado pelo comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA. Você poderá entrar em contato com a coordenação do projeto através do telefone (71)3495-6210.

Sônia Cristina Lima Chaves

Coordenador
Pesquisador

Declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa "A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas" e aceito dela participar.

_____, ____/____/____

Sujeito da Pesquisa

ANEXO III



Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia

Ficha 1 - Avaliação de acesso à atenção à saúde bucal

I. DADOS GERAIS

MUNICÍPIO [] SETOR [] DOMICÍLIO [] Nº FICHA [] ACS: _____ Data: ____/____/____
(1.Catu; 2.São Sebastião do Passé)
Endereço do domicílio [_____]
Telefones disponíveis [_____] [_____] Informante no domicílio [_____]

Identifique aqui o nome dos indivíduos moradores desse domicílio:

MORADOR	NOME	MORADOR	NOME
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

II. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Moradores do domicílio	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Idade (em anos)								
2. Sexo [0=Masc 1=Fem]								
3. Etnia [Amarelo=1 Branco=2 Negro=3 Pardo=4 Indígena=5 Sem registro=9]								
4. Escolaridade (anos de estudo) ¹ [Não frequentou a escola= 0 anos Ensino fundamental incompleto=até 4 anos Ensino fundamental completo= 4 anos Ensino básico incompleto=entre 5 e 8 anos Ensino básico completo= 8 anos Ensino médio incompleto=entre 9 e 11 anos Ensino médio completo=11 anos Superior incompleto/completo=12 anos ou mais]								
5. Qual a sua situação de trabalho atual [0=desempregado 1= trabalhando 2= afastado por doença comum 3= afastado por doença ou acidente do trabalho 4= aposentado por tempo de serviço; 5=estudante 6=dona de casa 7=outra; 9=sem informação].								

III. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL (sempre tomar como referência o último ano)

Perguntas	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Necessita ou necessitou de tratamento dentário no último ano? (0=Não; 1=Sim)								
7. Procurou o dentista? [0=Não 1=Sim, do Posto e obteve atendimento 2=Sim, do Posto, mas não conseguiu atendimento 3=Sim particular e obteve atendimento 4=Sim, particular, mas não obteve atendimento 5=Sim, convênio e obteve atendimento 6=Sim, convênio, mas não obteve atendimento. 7=Sim, no CEO e obteve atendimento 8=No CEO, mas não obteve atendimento 9=Sem informação/não se aplica]								
8. Caso tenha feito tratamento no CEO, como você fez para marcar sua consulta? [0=foi até lá sozinho sem encaminhamento, 1=foi encaminhado da USF e marcou via central, 2=foi encaminhado da USF e marcou pessoalmente no CEO, 3=alguma amigo ou conhecido marcou 9=não se aplica]								
9. Qual tipo de tratamento fez no atendimento básico [pode marcar mais de um]? [1=Higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4=tratamento de gengiva, 5=restauração simples, 6=Extração(s), 7=Não se aplica, 8=Outro]								
10. Qual tipo de tratamento fez no atendimento especializado (CEO ou particular) [pode marcar mais de um]? [1=higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4= tratamento de gengiva, 5=Tratamento de canal, 6=Extração, 7=biópsia 8=Raios X, 9=sem informação/não sei, 10=Prótese, 11=Restauração simples 12=Não se aplica]								
11. Para quanto tempo foi agendada a consulta especializada (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) (em dias)? 9=não se aplica								
12. Se houve mais de uma consulta, quanto tempo em média decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno? (em dias) 9=não se aplica								
13. Participou de alguma atividade educativa sobre saúde bucal desenvolvida pelo serviço público de saúde? (0=sim, na USF; 1= sim, no CEO, 2=sim, nos dois e 3=não, 9=não se aplica).								

Nº de pessoas no domicílio [] Nº de cômodos [] Anos de estudo do chefe da família¹ []

Nº de bens* [] Renda familiar (R\$) [_____, _____]*TV, geladeira, maquina de lavar roupa e microcomputador.

Beneficiário por programa social? 0=Não 1=Sim Qual? ()Bolsa Família ()Vale Gás ()Outros _____

ANEXO IV

Número domicílio/individuo: _____/___ 1

III. Exame bucal

1) Uso de Prótese

Superior [] Inferior []

2) Necessidade de Prótese

Superior [] Inferior []

Uso de Prótese

Não usa=0, Usa prótese unitária=1, uma ponte fixa=2, Usa mais do que uma ponte fixa=3, Usa prótese parcial removível=4, Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis=5, Usa prótese dentária total=4, Sem informação=9

Necessidade de Prótese

Não necessita=0, Necessita prótese unitária=1, uma prótese fixa ou removível para a substituição de um elemento=2, Necessita uma prótese fixa ou removível para a substituição de mais de um elemento=3, Necessita uma combinação de próteses fixas e/ou removíveis para a substituição de um e/ou mais de um elemento=4, Necessita de prótese total=5, Sem informação=9

Condição	código
Higiado	0
Cariado	1
Resto Radicular com canal infiltrado	2
Restaurado mas com cárie	3
Restaurado com provisório	4
Restaurado e sem cárie	5
Coroa sem cárie	6
Coroa com cárie ou infiltração	7
Perdido devido à cárie	8
Perdido por outras razões	10
Apoio de ponte ou coroa	11
Sem informação	9

3) Condição Dental

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Endo*														
Coroa														

*-=Ausência da condição, 1=presença da condição, Dente ausente=X

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Endo														
Coroa														

4) Condição Periodontal *0=Ausência, 1=presença, Dente ausente=X, Sem informação=-

Vestibular	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Palatino	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Vestibular	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

Lingual	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Calculo*														
Distância JCE-MG (mm)														
Sangramento*														
PNCI														
Prof. Sondagem(mm)														

17/16 11 26/27

47/46	31	36/37

Periodonto sadio=0 Sextante excluído=X
Sangramento=1 Sextante não examinado=9
Cálculo=2
Bolsa de 4 a 5 mm=3
Bolsa de 6 mm ou mais=4

Número de sítios com profundidade de sondagem (BP) com 4mm e com sangramento? []

Tem gengivite? [] 0.Não 1.Sim


Extensão gengivite? [] Localizada (<30%) [] Generalizada (>30%)

Severidade da Periodontite? [] (Leve, moderada, severa)

Extensão da Periodontite [] Localizada (<30%) [] Generalizada (>30%)

ANEXO V

Número do ficha/individual: _____


Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Odontologia
FICHA 2 – Avaliação individual dos hábitos e condição de saúde bucal

I-Identificação (A SER PREENCHIDO COM OS DADOS DO APÊNDICE 1)

1. Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

2. Sexo: [] 0=Masculino 1=Feminino Idade: [] (em anos)

3. Grupo Étnico: [] Amarelo=1 Branco=2 Negro=3 Pardo=4 Indígena=5 Sem registro=9

4. Anos de estudo: []

5. Qual a sua situação de trabalho atual? []

0=desempregado 1= trabalhando 2= afastado por doença comum
 3= afastado por doença ou acidente do trabalho 4= aposentado por tempo de serviço; 5=estudante 6=dona de casa 7=outro. Qual?

6. Se Trabalhando, em quê? _____

II - Condição de vida, hábitos e acesso/utilização de serviços odontológicos

Hábitos de vida

7. Tabagista [] 2] 0.Não/nunca 1.Sim 2. Ex-Fumante.

8. Se sim, há quanto tempo é fumante? [-] (anos) [Se ex-fumante, registrar quantos anos fumou]

9. Tipo de fumo [] 1] 1.Cigarro 2.cigarro palha 3.charuto, cachimbo e outros. Média de unidade/dia []

10. Se ex-fumante, há quanto tempo parou de fumar? [10] (anos)

11. Quanto ao hábito de beber, o(a) sr.(a)? [] 0=nunca bebeu 1=bebe diariamente 2=bebe de duas a três vezes na semana 3=Quinzenalmente 4=Mensalmente

12. Se sim, qual bebida costuma beber? []

13. Que quantidade costuma (costumava) beber semanalmente [apenas para casos de ingestão de bebidas diários ou semanais]? [] (número de doses em copos) [Perguntar por cachaça, cerveja, vinho, whisky, vodka e rum]

Condição sistêmica

14. Diabetes? [] 0=não 1=sim

15. Se sim, há quanto tempo (em anos)? [---]

16. Se sim, controlado com medicação? [] 0= não 1= sim

17. Há diabéticos na família (pai, mãe ou irmão)? [] 1= sim 0= não

18. Usou antibióticos **nos últimos três meses**? [] 0= não 1= sim

Se sim. Quantos dias []

Atenção odontológica

19. Conseguiu atendimento no dentista especializado? [] 0.Não 1.Sim

20. Caso tenha feito tratamento especializado, qual foi o tratamento recebido? (não excludentes)

[X] 1.Higiene Bucal Supervisionada [] 2. Aplicação de flúor [X] 3.limpeza dos dentes [X] 4.tratamento de gengiva [] 5.Tratamento de canal [X] 6.Extração(s) [] 7.biópsia [] 8.Raios X [] 9.sem informação/não sei [] 10.Prótese [] 11.Outro Qual? _____ [] 12.Não se aplica [] 13.Restauração simples

21. O(a) senhor(a) fez tratamento básico antes de ir ao atendimento especializado?

[] 0.Não 1.Sim, público (USF/AB) 2.Sim, particular 3.Sim, convênio 4.Sim, Pronto socorro ou hospital

22. Se sim, que tipo entre os listados abaixo (não excludentes).

[] 1.Higiene Bucal Supervisionada [] 2. Aplicação de flúor [] 3.limpeza dos dentes [] 4.tratamento de gengiva [] 5.restauração simples [] 6.Extração(s) [] 7.Não se aplica [] 8.Outro Qual? _____

23. Tempo decorrido em meses desde a última visita ao dentista especializado (contar de 2004 aos dias atuais)? []

24. Se foi ao CEO, foi encaminhado(a) com alguma ficha de referência? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

25. Você levou alguma ficha da USF para o CEO? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

26. Você levou alguma ficha de volta para USF? [] 0.Não 1.Sim 2.não se aplica

27. Caso tenha realizado canal no CEO, resolveu o problema []

0=Não, está em tratamento 1=Não, só fechou o dente (só fez o canal) 2= Não, fez o canal, mas depois extraiu o dente 3=Sim, restauração/obturação do dente no CEO, 4=Sim, restauração/obturação na USF, 5=Sim, no dentista particular ou convênio, 6=Sim, prótese ou coroa no dentista particular ou convênio, 7=Sim, prótese ou restauração no CEO, 8=Não se aplica

28. Caso realize ou tenha realizado tratamento de gengiva. Resolveu o problema []

0=Não, está em tratamento, 1=Não, abandonou, 2= tratamento concluído, mas não resolveu o problema 3=Sim, tratamento concluído, mas não faz manutenção 4= Sim, tratamento já concluído e faz manutenção]

Higiene Bucal

29. Escova os dentes? [] ao acordar [] depois do café [] depois almoço [] depois jantar [] ao dormir

30. Qual o tipo de escova que utiliza? [] 1.macia 2.média 3.dura 4.não sabe ou não lembra 9.Sem resposta

31. Quais desses outros instrumentos o(a) senhor(a) utiliza para limpar os dentes? (não excludentes)

[] fio/fita dental [] palito [] escova interdental [] escova bitufo [] bochecho [] Outro _____

32. Se usa fio dental, qual frequência? [] 1=eventualmente 2= ao menos uma vez no dia 3=Mais de uma vez ao dia