

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*

doi: 10.5123/S1679-49742012000100008

Epidemiological profile of need and use of dental prosthesis by individuals aged 50-74 years, residents in three Health Districts of the Municipality of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2008

Fernanda Hilgert Mallmann

Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Claides Abegg

Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: estimar o uso e a necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50 a 74 anos de idade, residentes em três Distritos Sanitários do Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. **Métodos:** foi realizado um estudo transversal; os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar e exame clínico. **Resultados:** em 720 indivíduos, 63,7% usavam algum tipo de prótese superior e 30,0% usavam prótese inferior; mulheres usavam prótese superior e inferior com maior frequência; indivíduos com idade entre 60 e 74 anos fizeram maior uso de próteses, sendo a prótese total a mais usada; entre as categorias de renda, a prótese total superior foi a mais utilizada pelos indivíduos que recebiam menos de 1 salário mínimo. **Conclusão:** a prevalência do uso e necessidade de prótese foi elevada; a prótese mais usada na arcada superior foi a total, enquanto na arcada inferior foi a parcial removível.

Palavras-chave: saúde bucal; epidemiologia; estudos transversais; inquéritos de saúde bucal; prótese dentária.

Abstract

Objective: to estimate the use and need of dental prosthesis in individuals aged 50-74 years-old, residents in three Health Districts of the Municipality of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul, Brazil, in 2008. **Methods:** a cross-sectional study; data were obtained from both socio-demographic interviews and clinical exams. **Results:** out of 720 individuals, 63.7% were using some type of upper dental prosthesis and 30.0% were using lower prosthesis; women used prosthesis in lower and upper jaw more frequently than men; individuals aged 60-74 years used prosthesis more frequently, and full upper prosthesis was the most used; as for income, full upper prosthesis was used more frequently by those whose income was lower than a minimum wage. **Conclusion:** there was a high prevalence of need and use of dental prosthesis in the sampled population; full dental prosthesis was more frequently used for the upper jaw, and partial ones for the lower jaw.

Key words: oral health; epidemiology; cross-sectional studies; dental health surveys; dental prosthesis.

* O presente artigo fez parte da pesquisa 'Avaliação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre-RS', selecionada e financiada com base no Edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04; foi elaborado a partir da monografia de conclusão do curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, defendida em 2010

Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 2492, 3º andar, Caixa Postal 1118, Porto Alegre-RS, Brasil. CEP: 90035-003
E-mail: femallmann@hotmail.com

Introdução

Reconhece-se hoje, no Brasil, um período de transição demográfica. Os progressos tecnológicos e as melhorias nos padrões de saúde da população provocam aumento significativo na expectativa de vida e diminuição acentuada das taxas de natalidade, mortalidade infantil e mortalidade por doenças infecciosas.¹

Em 1950, por exemplo, viviam no Brasil, aproximadamente, dois milhões de idosos, conferindo-lhe o 16º lugar na classificação mundial de percentual de idosos na população. Para o ano de 2025, é previsto para o país o 6º lugar nessa classificação, com estimados 32 milhões de idosos.²

A condição de saúde bucal da população idosa brasileira, entretanto, não tem acompanhado essa evolução. Os adultos e idosos carregam a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, o que resulta em um cenário de ausência de dentes e acúmulo de necessidades de grande demanda por serviços protéticos.^{3,4}

As doenças crônico-degenerativas – incluindo as doenças bucais – têm sua prevalência aumentada, especialmente a cárie dentária e a doença periodontal,⁵ implicando a necessidade de reorganização das políticas de atenção a esse grupo populacional e desenvolvimento de mecanismos que favoreçam a melhora de sua qualidade de vida.⁶

Há evidências de que a perda dentária está associada à redução da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal. A perda dentária contribui diretamente para a restrição da alimentação, promove descontentamento dos indivíduos em relação ao aproveitamento das refeições com a família ou amigos e constitui um fator negativo para suas atividades sociais, forçando-os, muitas vezes, a permanecerem em casa, isolados do convívio social.^{7,8}

A situação de saúde bucal da população brasileira foi objeto de avaliação em três levantamentos epidemiológicos, realizados em 1986, 2002-2003 e 2010. No primeiro levantamento, observou-se, com o avanço da idade, um aumento no índice CPO-D (que avalia o número de dentes cariados ‘C’, perdidos ‘P’ e obturados ‘O’).^{9,10}

No levantamento de 2002-2003,¹¹ os dados mostraram que 51,6% dos indivíduos de 35 a 44 anos não usavam qualquer tipo de prótese superior e 84,4% não a usavam para o arco inferior. A necessidade de prótese

foi observada em 64,1% (arco superior) e 29,0% (arco inferior) dos indivíduos. Já para a faixa etária de 65 a 74 anos, observou-se um maior uso de prótese superior (66,5%), sendo que 33,4 e 57,4% dos indivíduos não usavam qualquer tipo de prótese superior e inferior, respectivamente. A maior necessidade de prótese observada foi para o arco superior (67,6%).

Os resultados do inquérito populacional de 2010 evidenciaram que, apesar das necessidades de próteses terem diminuído em adolescentes e adultos, o déficit em idosos mostrou-se significativo.¹²

A quantidade de indivíduos com necessidade de reabilitação protética implicou em um direcionamento para ações específicas, voltadas a adultos e idosos e seus problemas de saúde bucal, entre eles a falta de dentes. Além de medidas educativas e preventivas, as medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo, tornaram-se fundamentais.^{13,14}

O Ministério da Saúde, ao implantar a política nacional de saúde bucal ‘Brasil Sorridente – Saúde Bucal Levada a Sério’, definiu o papel dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), critérios, normas e requisitos para sua habilitação, possibilitando a realização de próteses dentárias na Atenção Básica.¹⁵ Os CEO foram criados para assegurar atendimentos odontológicos especializados à população brasileira, frente às necessidades de saúde acumuladas por um longo período de tempo.¹⁶ Todavia, os CEO são em número insuficiente para um país de grandes dimensões e com tantas necessidades acumuladas como é o Brasil.

Há evidências de que a perda dentária está associada à redução da qualidade de vida relacionada com a saúde bucal.

Com base nessas preocupações, o presente estudo procurou estimar, a partir de uma amostra, o perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese em indivíduos de 50 a 74 anos residentes em três Distritos Sanitários do Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Por se tratar de uma população sem registro de dado epidemiológico anterior sobre a condição – uso e necessidade de prótese –, a intenção destes autores foi subsidiar o planejamento de ações em saúde bucal direcionado a essa população, no Município de Porto Alegre-RS.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal entre residentes de três Distritos Sanitários do Município de Porto Alegre-RS, em 2008.

Em Porto Alegre-RS, a Estratégia Saúde da Família foi implantada como modelo assistencial no ano de 1996, para avançar no alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer a Atenção Básica local. A definição dos pontos de implementação das equipes, entre outros critérios, partiu da ideia dos Distritos Sanitários do município.¹⁷ A inserção da equipe de saúde bucal no então chamado Programa Saúde da Família (PSF) aconteceu em 2001, inicialmente com três equipes. Dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – habilitados pelo Ministério da Saúde no município, somente um oferece o serviço de prótese. Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia,¹⁸ Porto Alegre-RS apresenta 4.550 cirurgiões-dentistas para uma população de 1.409.351 habitantes.¹⁹

A técnica de amostragem utilizada foi a aleatória proporcional de múltiplos-estágios, selecionando-se, na seguinte sequência, Distrito Sanitário (DS), setor censitário e quarteirões.

Foram sorteados três DS de Porto Alegre-RS, de forma aleatória simples: Partenon; Leste; e Glória. A população estudada foi composta por indivíduos com idade entre 50 e 74 anos, residentes nos DS sorteados. Foram excluídas pessoas visitantes (não residentes no domicílio), domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

O estudo fez parte de uma pesquisa maior, que incluiu desfechos não mencionados neste artigo. A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência de 50,0% para os diferentes desfechos, intervalo de confiança de 95% e erro máximo bilateral de 4,0%, chegando-se a 601 sujeitos. Calculou-se um acréscimo de 10,0%, para compensar perdas, e de 20,0% para efeito de delineamento, por se tratar de conglomerados. O resultado final do cálculo da amostra, portanto, foi de 793 sujeitos na faixa etária estabelecida.

O número de indivíduos a serem estudados em cada DS foi calculado com base na distribuição proporcional do 'n' total do estudo (793), levando-se em conta a população com 50-74 anos de cada Distrito.

O número de setores censitários necessários foi definido com base na realização de 8 exames diários por dupla de examinador/annotador, de acordo com a

metodologia proposta por Barros e Victora.²⁰ A partir do tamanho da amostra calculado (793), dividiu-se o 'n' de cada distrito por 8, obtendo-se o número de setores censitários a serem visitados por Distrito, número esse acrescido de 10,0% para compensar possíveis perdas.

A partir de sua listagem e mapeamento, os setores foram selecionados por processo de amostragem aleatória simples, sendo excluídos aqueles que não apresentavam seu território no interior dos DS sorteados.

A seleção do ponto de partida do estudo em cada setor sorteado foi realizada a partir dos mapas dos setores e seus quarteirões. Os quarteirões de cada setor foram numerados e um deles sorteado. As esquinas do quarteirão sorteado foram numeradas e um novo sorteio realizado, para determinar o ponto de partida das visitas domiciliares: iniciava-se a visita pela primeira casa da esquina, seguindo-se as casas contíguas à esquerda de quem se encontrava em frente da casa, até a realização de 8 entrevistas.²⁰

Um único indivíduo foi avaliado em cada domicílio. Havendo mais de um indivíduo elegível de ambos os sexos, dada a dificuldade de encontrar homens elegíveis para este estudo, optou-se pelo sujeito do sexo masculino. Havendo apenas indivíduos do mesmo sexo, fez-se a seleção aleatória do participante.

Foram realizadas entrevistas domiciliares para levantamento de dados socioeconômicos e demográficos (instrumento adaptado do Projeto SB Brasil),¹¹ além de exames clínicos. Investigaram-se variáveis categóricas sociodemográficas, como sexo (feminino/masculino), idade (50-59 anos/60-74 anos) e renda pessoal (menor de 1 salário mínimo/1 salário mínimo ou mais), além do uso e necessidade de prótese. Os dados sobre renda foram obtidos do valor bruto do rendimento individual, em reais (R\$); posteriormente, essa variável foi categorizada com base no valor do salário mínimo vigente no Brasil em 2008: R\$415,00.

As variáveis clínicas – uso e necessidade de prótese – foram coletadas de acordo com as categorias propostas pelo SB Brasil 2003,¹¹ recategorizadas da seguinte forma:

- não usa prótese; usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses; usa prótese parcial removível; usa prótese total; e
- não necessita de prótese; necessita combinação de próteses, prótese fixa ou removível; necessita prótese total.

O exame clínico foi realizado após a entrevista, em ambiente reservado do domicílio, por 4 cirurgiões-dentistas previamente calibrados, auxiliados por 4 anotadores. Utilizou-se odontoscópio com espelho plano número 5, sonda periodontal da Organização Mundial da Saúde (OMS) e lanterna de mão.

Os valores Kappa da calibração intra e inter-examinadores foram superiores a 0,76 (boa concordância).²¹

Os dados coletados foram digitados em banco de dados criado pelo programa Epi Info 6.4, posteriormente importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS – para Windows, versão 16.0.

A análise estatística foi realizada a partir da distribuição de frequência de todas as variáveis; e análise bivariada, para testagem da dependência entre as variáveis – teste de associação do qui-quadrado de Pearson, com análise de resíduos. Foi considerado significativo, estatisticamente, o valor de $p < 0,05$.

O presente estudo fez parte da pesquisa 'Avaliação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre-RS', a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ata 01/06, Processo nº 46/05). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no cumprimento da Resolução CNS nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.²²

Os indivíduos examinados foram orientados sobre sua condição de saúde bucal e, em caso de necessidade, encaminhados aos serviços de atendimento odontológico de referência.

Resultados

Um total de 720 indivíduos foi objeto das entrevistas e exames clínicos, perfazendo uma taxa de resposta igual a 90,8%. Desse total, 57,7% eram mulheres, residentes do Distrito Sanitário Partenon (50,7%), contavam entre 50 e 59 anos de idade (53,1%) e possuíam renda pessoal de 1 salário mínimo ou mais (68,1%) (Tabela 1).

Em relação ao uso de prótese, o percentual de indivíduos de ambos os sexos usando algum tipo de prótese superior foi de 63,7% ($n=458$), sendo 72,1% ($n=300$) do sexo feminino. A prótese superior mais usada foi a prótese total: 54% das mulheres e

48,1% dos homens. Quanto à prótese inferior, 30,0% ($n=216$) dos indivíduos a usavam. A prótese inferior mais usada foi a prótese parcial removível: 47,3% das mulheres e 38,2% dos homens. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, seja no uso de prótese total superior e inferior, seja no uso de prótese parcial removível inferior (Tabela 2).

Na faixa etária dos 50 aos 59 anos, predominaram os indivíduos que usavam prótese superior (54,5%) e que não usavam qualquer tipo de prótese inferior: 81,5%. Nessa mesma faixa etária, dos indivíduos que usavam prótese superior, 41,3% faziam uso da prótese total; e dos que usavam a inferior, 49,3% usavam a prótese parcial removível.

Já para a faixa etária dos 60 aos 74 anos, a prótese total foi a mais frequente: 60,9% no arco superior e 45,4% no arco inferior, mostrando-se evidente o maior uso de prótese superior. A prótese inferior não era usada por 57,3% dos indivíduos nessa faixa etária.

Não usar prótese superior e inferior foi mais prevalente entre os indivíduos de 50 a 59 anos, uma diferença estatisticamente significativa. O uso da prótese total superior, total inferior e parcial removível inferior foi mais comum entre indivíduos da faixa etária dos 60 aos 74 anos, esta também uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 2).

Em relação à renda pessoal e o uso de prótese, dos indivíduos que recebiam menos de 1 salário mínimo, 65,3% usavam algum tipo de prótese superior, sendo a prótese total a mais frequente: 61,2%. Na arcada inferior, contudo, apenas 28,3% dos indivíduos que recebiam menos de 1 salário mínimo usavam algum tipo de prótese, sendo, também a prótese total a mais usada: 48,4%.

Entre os indivíduos que ganhavam 1 salário mínimo ou mais, 62,9% usavam algum tipo de prótese superior, sendo a prótese total a mais usada: 47,7%. Quanto ao uso de prótese na arcada inferior, 30,5% dos indivíduos investigados que ganhavam 1 salário mínimo ou mais usavam algum tipo de prótese e, diferentemente do que foi observado para a arcada superior, a prótese mais usada na arcada inferior foi a prótese parcial removível: 43,3%.

Observou-se diferença estatisticamente significativa para o uso de prótese total superior nos indivíduos com renda menor que 1 salário mínimo e uso de uma ou mais próteses fixas (superior) ou combinação para aqueles com renda superior a 1 salário mínimo (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis sexo, Distrito Sanitário, idade e renda pessoal em três Distritos Sanitários – Partenon, Leste e Glória – do Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	416	57,7
Masculino	304	42,3
Distrito Sanitário		
Partenon	365	50,7
Leste	241	33,5
Glória	108	15,0
Não informou	6	0,8
Idade (em anos)		
50-59	382	53,1
60-64	335	46,5
Não informou	3	0,4
Renda pessoal (salário mínimo – SM)		
< 1 SM ^a	225	31,2
1 ou mais SM ^a	490	68,1
Não informou	5	0,7
TOTAL	720	100,0

a) Valor do salário mínimo no Brasil em 2008: R\$415,00

Ao se avaliar a necessidade de prótese na população em estudo, observou-se que quase metade dos homens (47,2%) e mais da metade das mulheres (63,2%) não necessitava de qualquer tipo de prótese no arco superior ($p < 0,05$). A necessidade de combinação de próteses ou uma fixa/removível foi maior entre os homens, comparativamente às mulheres ($p < 0,05$).

Já para a prótese inferior, 32% dos indivíduos estudados não a necessitavam: 29,6% homens e 33,7% mulheres. A combinação de próteses fixas ou uma fixa/removível inferior representou a maior necessidade, tanto para os homens (85%) como para as mulheres (80,4%).

Na faixa etária dos 50 a 59 anos, 51,3% dos indivíduos não necessitavam de qualquer tipo de prótese superior, enquanto nos indivíduos entre 60 e 74 anos, esse percentual era de 62,2% ($p < 0,05$). A necessidade de prótese total superior foi maior para os mais velhos (60-74 anos), enquanto a combinação de próteses fixas ou uma fixa/removível foi maior para os mais jovens (50-59 anos). Essas diferenças foram estatisticamente significativas.

Em relação à renda pessoal, não foi observada associação entre renda e necessidade de prótese superior e inferior. Nos indivíduos com necessidade de prótese superior, aqueles com renda menor que 1 salário mínimo apresentavam maior necessidade de prótese total ($p < 0,05$). Já a necessidade de combina-

ção de próteses fixas ou uma fixa/removível superior no grupo que ganhava 1 ou mais salários mínimos foi maior ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Discussão

O presente estudo analisou uma amostra representativa da população residente em três Distritos Sanitários – Partenon, Glória e Leste – do Município de Porto Alegre-RS, por meio da coleta de dados nos domicílios dos indivíduos de 50 a 74 anos de idade. Essa característica, somada ao fato de a metodologia do estudo ter como referência o Projeto SB Brasil 2003,¹¹ propicia a realização de análises comparativas com resultados publicados de outros estudos, tomando como referência os dados do Brasil e de sua Região Sul.

O padrão de utilização de prótese dos indivíduos investigados neste estudo correspondeu ao encontrado em outros estudos nacionais.^{23,24} Para as variáveis investigadas, a prótese total superior foi a que apresentou o maior percentual de uso na população estudada e a prótese parcial removível foi predominante no arco inferior. A prótese total foi mais prevalente na arcada superior do que na arcada inferior, em concordância com estudos realizados por Colussi, Torres e Calvo¹⁴

Tabela 2 - Uso de próteses conforme o sexo, idade e renda pessoal em três Distritos Sanitários – Partenon, Leste e Glória – do Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008

Uso de prótese ^a	Sexo		Idade (anos)				Renda pessoal (Salários mínimos - SM)		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	TOTAL n (%)	50-59 n (%)	60-74 n (%)	TOTAL n (%)	< 1 SM n (%)	1 SM ou mais n (%)	TOTAL n (%)
Prótese superior									
Usa	300 (72,1)	158 (51,9)	458 (63,7)	208 (54,5)	248 (74,1)	456 (63,6)	147 (65,3)	308 (62,9)	455 (63,6)
Não usa	116 (27,9)	146 (48,1) ^b	262 (36,3)	174 (45,5) ^b	87 (25,9)	261 (36,4)	78 (34,7)	182 (37,1)	260 (36,4)
Tipo de prótese superior usada									
Fixa (s) ou combinação	47 (15,7)	29 (18,4)	76 (16,6)	43 (20,7)	33 (13,3)	76 (16,7)	12 (8,2)	63 (20,5) ^b	75 (16,5)
Parcial Removível	91 (30,3)	53 (33,5)	144 (31,4)	79 (38,0)	64 (25,8)	143 (31,3)	45 (30,6)	98 (31,8)	143 (31,4)
Total	162 (54,0)^b	76 (48,1)	238 (52,0)	86 (41,3)	151 (60,9)^b	237 (52,0)	90 (61,2)^b	147 (47,7)	237 (52,1)
Prótese inferior									
Usa	148 (35,5)	68 (22,4)	216 (30,0)	71 (18,5)	143 (42,7)	214 (29,8)	64 (28,3)	150 (30,5)	214 (29,8)
Não usa	269 (64,5)	235 (77,6) ^b	504 (70,0)	312 (81,5) ^b	192 (57,3)	504 (70,2)	162 (71,7)	341 (69,5)	503 (70,2)
Tipo de prótese inferior usada									
Fixa (s) ou combinação	17 (11,5)	17 (25,0)	34 (15,7)	15 (21,1)	19 (13,3)	34 (15,9)	3 (4,7) ^b	30 (20,0)	33 (15,4)
Parcial Removível	70 (47,3) ^b	26 (38,2)	96 (44,5)	35 (49,3)	59 (41,3) ^b	94 (43,9)	30 (46,9)	65 (43,3)	95 (44,4)
Total	61 (41,2)^b	25 (36,8)	86 (39,8)	21 (29,6)	65 (45,4)^b	86 (40,2)	31 (48,4)	55 (36,7)	86 (40,2)

a) Os números totais em cada variável estudada diferem, pois algumas perdas foram verificadas na digitação dos questionários.

b) Associação estatisticamente significativa (p<0,05); teste do qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 - Necessidade de próteses conforme o sexo, idade e renda pessoal em três Distritos Sanitários – Partenon, Leste e Glória – do Município de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2008

Necessidade de prótese ^a	Sexo		Idade (em anos)			Renda pessoal (Salários mínimos – SM)			
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	50-59 n (%)	60-74 n (%)	Total n (%)	< de 1 SM n (%)	1 SM ou mais n (%)	TOTAL n (%)
Prótese superior									
Necessita	153 (36,8)	160 (52,8)	313 (43,5)	186 (48,7)	127 (37,8)	313 (43,5)	102 (45,1)	210 (42,8)	312 (43,6)
Não necessita	263 (63,2) ^b	143 (47,2)	407 (56,5)	196 (51,3)	209 (62,2) ^b	405 (56,5)	124 (54,9)	280 (57,2)	404 (56,4)
Tipo de necessidade de prótese									
Fixa/removível ou combinação	103 (67,3)	121 (75,6) ^b	224 (71,6)	154 (82,8) ^b	70 (55,1)	224 (71,6)	59 (57,8)	164 (78,1) ^b	223 (71,5)
Prótese total	50 (32,7)	39 (24,4)	89 (28,4)	32 (17,2)	57 (44,9)^b	89 (28,4)	43 (42,2)^b	46 (21,9)	89 (28,5)
Prótese inferior									
Necessita	276 (66,3)	214 (70,4)	490 (68,0)	279 (72,7)	211 (62,8)	490 (68,0)	169 (75,1)	317 (64,3)	486 (68,0)
Não necessita	140 (33,7)	89 (29,6)	230 (32,0)	105 (27,3)	125 (37,2) ^b	230 (32,0)	56 (24,9)	173 (35,7) ^b	229 (32,0)
Tipo de necessidade de prótese									
Fixa/removível ou combinação	222 (80,4)	182 (85,0)	404 (82,4)	258 (92,5) ^b	146 (69,2)	404 (82,4)	133 (78,7)	268 (84,5)	401 (82,5)
Prótese total	54 (19,6)	32 (15,0)	86 (17,6)	21 (7,5)	65 (30,8)	86 (17,6)	36 (21,3)^b	49 (15,5)	85 (17,5)

a) Os números totais em cada variável estudada diferem, pois algumas perdas foram verificadas na digitação dos questionários.

b) Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$); teste do qui-quadrado de Pearson

e por Crispim, Saupe e Boing²⁵ em Santa Catarina e no Brasil, em todas as Regiões.¹¹

O maior percentual verificado de uso de próteses dentárias superiores (63,7%), em ambos os sexos, pode estar relacionada à maior preocupação dos indivíduos com sua estética, uma vez que os dentes superiores costumam ser mais visíveis em um sorriso, enquanto os dentes da arcada inferior, normalmente, não são tão expostos.²⁶ Já na arcada inferior, o valor observado de uso de prótese foi de 30,0%, bem abaixo do verificado para a arcada superior. Destaca-se que, no rebordo inferior, os indivíduos relatam maior dificuldade de adaptação e retenção dessas próteses, cujo uso causa-lhes desconforto.²⁷

Os valores proporcionais encontrados de indivíduos que não usavam qualquer tipo de prótese superior (36,3%) e inferior (70,0%) foram muito superiores aos apresentados no estudo de Koga²⁸ sobre a Região Norte do Brasil, no Município de Manaus-AM, onde 12,3% dos indivíduos não usavam qualquer tipo de prótese para o arco superior e 47,1% para o inferior. Uma possível explicação para essa diferença pode ser a idade dos participantes nos dois estudos: enquanto esta pesquisa abordou indivíduos na faixa etária dos 50 aos 74 anos, em Manaus-AM, a população estudada compunha-se, especificamente, de idosos. Ademais, é oportuno destacar que diferenças regionais devem ser consideradas.

Avaliando-se a distribuição do uso de prótese nas faixas etárias estudadas, observou-se que, nos indivíduos entre 50 e 59 e de 60 a 74 anos, a prótese superior foi a mais usada (41,3 e 60,9%, respectivamente), o que está de acordo com dados para o Brasil de 2002-2003.¹¹ Com relação à prótese inferior, indivíduos de 50 a 59 anos usavam, predominantemente, a prótese parcial removível, enquanto os indivíduos entre 60 a 74 anos usavam, em sua maioria, a prótese total inferior. Apesar de serem pouco frequentes no Brasil estudos que abordem indivíduos entre 60 e 74 anos de idade, pode-se argumentar que o uso de prótese total inferior está associado ao alto grau de edentulismo no país, como demonstrou o SB Brasil,¹¹ onde o CPO-D nessa faixa etária foi de 28,2; e a perda dentária, responsável por 93,1% da composição desse índice.

Em relação à necessidade de prótese, 56,5% e 32,0% dos indivíduos de ambos os sexos examinados nesse estudo não necessitavam de prótese nos arcos superior e inferior, respectivamente. Dados encontrados para o Brasil,¹¹ por ocasião do último levantamento

nacional de 2002-2003, mostraram que 67,6% dos indivíduos investigados não necessitavam de prótese superior e 43,9% não necessitavam de prótese inferior.

Para o arco superior, 43,5% da população examinada apresentou necessidade de reabilitação protética; e 68,0%, indicação de reabilitação no arco inferior. Estudo de Crispim, Saupe e Boing²⁵ em idosos de Santa Catarina encontrou valores ainda maiores de necessidade de prótese: 63,3% e 82,1% para os arcos superior e inferior, respectivamente.

A necessidade mais observada para o arco inferior foi a combinação de prótese ou de uma prótese fixa/removível. Este dado difere do encontrado por Colussi, Torres e Calvo,¹⁴ que, para uma população idosa do mesmo estado de Santa Catarina, observaram uma maior necessidade a prótese total inferior (42,6%), embora se mostrassem de acordo com os achados para a Região Sul apresentados no levantamento de 2002-2003,¹¹ referentes à faixa etária de 65 a 74 anos. Para as demais macrorregiões e para o Brasil como um todo, nessa mesma faixa etária, a maior necessidade de prótese inferior encontrada foi a prótese total.¹¹

Em relação à renda, a maior necessidade de prótese superior, para os que recebiam mais de 1 salário mínimo, foi a combinação de prótese ou uma fixa/removível.

Entende-se que dos vários aspectos da saúde, a saúde bucal de adultos e idosos merece atenção especial pelo fato de que esses grupos populacionais possuem altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais. Historicamente, os serviços odontológicos não tinham como prioridade a atenção a essa população.³

O edentulismo apresenta-se, assim, como um problema de Saúde Pública para o qual, inicialmente, devem-se adotar critérios de priorização na implantação da atenção especializada.²⁹ Em Porto Alegre-RS, de modo especial, verifica-se uma escassez de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO – que ofereçam o serviço de prótese dentária, contribuindo para uma situação de contínua precariedade na condição de reabilitação protética da população usuária dos serviços públicos.

Ainda que o Brasil apresente uma proporção adequada de cirurgiões-dentistas por habitantes, esse dado não se tem refletido em melhoria das condições de saúde bucal da população. O problema se reflete diretamente na condição de saúde bucal de adultos e idosos, nos quais, indiscutivelmente, a mutilação dentária deixou marcas significativas.³⁰

Os estudos descritivos apresentam limitações inerentes a seu delineamento, como o fato de não se poder identificar os determinantes dos resultados encontrados.

O uso da lanterna de mão pode ser considerado uma dificuldade na comparação com outros estudos que utilizaram a luz natural, como o SB Brasil, ainda que o desfecho para uso e necessidade de prótese, possivelmente, não seria afetado pelo tipo de iluminação utilizado. Outra limitação deste estudo foi o uso da renda individual ao invés da familiar, o que poderia ter subestimado a renda dos indivíduos residentes nos domicílios investigados e interferido na relação entre renda e uso e necessidade de prótese. Além disso, os achados da presente investigação não podem ser extrapolados para toda a população de Porto Alegre-RS, nas faixas etárias investigadas.

Entretanto, os resultados permitiram concluir que na população estudada, a) a prevalência do uso e da necessidade de prótese foi elevada, b) a prótese mais usada na arcada superior e inferior foi a total e a parcial removível, respectivamente, e c) a maior parte dos indivíduos não necessitava de prótese superior, ao contrário da arcada inferior, em que a maior necessidade foi a combinação de próteses ou uma fixa/removível.

Referências

1. Martins AME, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(7):1651-1666.
2. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31(2):184-200.
3. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-1675.
4. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(5):1290-1297.
5. Seidl EME, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(2):580-588.
6. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD. *Measuring oral health and quality of life: School of dentistry*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 151-160.
7. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in Brazilian adults. *Journal of oral rehabilitation*. 1999;26(1):53-71.
8. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8(126):1-11.
9. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de

Apesar do avanço representado pela inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e pela prioridade dada pelo atual governo federal ao 'Brasil Sorridente', a situação epidemiológica descrita no presente estudo indica a necessidade de consolidação de uma política pública efetiva, de ações preventivo-educativas, curativas e de reabilitação dentária, especificamente direcionada a esse grupo populacional. Novo inquérito populacional, realizado nas capitais e mais de 150 municípios do interior das cinco macrorregiões brasileiras, mostrou que, se houve diminuição das necessidades de próteses em adolescentes e adultos, a relevância dessa demanda por parte dos idosos e o déficit em seu atendimento ainda são significativos.²⁸

Um serviço de atenção à saúde bucal do adulto/idoso e de prótese dentária oferecido pelo setor público deve contar com sua estrutura ampliada e organizada, dentro da lógica de atenção à saúde e dos princípios que regem o SUS.

Contribuição dos autores

Mallmann FH contribuiu na coleta e análise dos dados.
Toassi RFC na análise dos dados e redação do artigo.
Abegg C na pesquisa e contribuição na análise dos dados, revisão e redação final.

- Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal. Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
10. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2006;19(6):385-393.
 11. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 12. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(1):4-5.
 13. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002;18(5):1313-1320.
 14. Colussi CF, Torres SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004;7(1):88-97.
 15. Portaria no 1.570/GM, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília; 2004. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 71, 30 jul. 2004. Seção 1.
 16. Souza GCA. Centros de especialidades odontológicas: avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal [Dissertação de Mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
 17. Gralha RS, Moraes EP. PSF em Porto Alegre: aspectos sócio-históricos da implantação. In: Lopes MJM, Paixão DX. *Saúde da família: histórias, práticas e caminhos*. Porto Alegre: UFRGS; 2007. p. 31-37.
 18. Conselho Federal de Odontologia. Número de cirurgiões-dentistas no município de Porto Alegre, 2012 [acessado em 15 fev. 2012]. Disponível em <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=porto+alegre>.
 19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010 [acessado em 15 fev. 2012]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431490>.
 20. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
 21. Frazão P. *Epidemiologia em saúde bucal*. In: Pereira AC, organizadores. *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 64-82.
 22. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília*; p. 9-10, 16 out. 1996. Seção 1.
 23. Christoforo SRM, Hebling E, Tagliaferro EPS. Prevalência de perda dentária, de cárie e de uso e necessidade de próteses em idosos. *Odonto (São Bernardo do Campo)*. 2005;13(25):81-89.
 24. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006;9(4):471-480.
 25. Crispim AJ, Saupe R, Boing AF. 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*. 2009;38(2):53-57.
 26. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 1997; 51:573-576.
 27. Shillingburg HT Jr. *Fundamentos de Prótese Fixa*. São Paulo: Quintessence; 2007.
 28. Koga RS. *Uso e necessidade de prótese dentária na população idosa da cidade de Manaus-AM [Monografia]*. Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas; 2009.
 29. Murakami AMU, Moysés SJ, Moysés ST. Equidade frente à necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007;16(2):139-141.
 30. Moysés ST, Krieger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias – trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008.

Recebido em 15/03/2011
Aprovado em 12/03/2012