

Edentulismo e fatores associados à necessidade de uso de prótese superior e inferior entre idosos

Edentulism and factors associated with the need for use of upper and lower prosthesis among the elderly

Aroldo Paes de Almeida Junior¹, Clóris Regina Blanski Grden², Beatriz Gonçalves Lopes³, Danielle Bordin⁴, Pollyanna Kássia de Oliveira Borges⁵

1 Graduado em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

2 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Professora adjunta do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

3 Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

4 Doutora em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista – FOA/UNESP. Professora colaboradora do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

5 Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo. Professora adjunta do departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

CONTATO: Pollyanna Kássia de Oliveira Borges | Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 | CEP 84030-900 | Ponta Grossa | Paraná | Brasil | E-mail: pkoborges@uepg.br

Resumo Objetivo: descrever o edentulismo entre idosos e os fatores associados à necessidade de uso de prótese dental. **Métodos:** estudo transversal, quantitativo, realizado com 115 idosos. Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares e exame clínico e analisados pelo teste qui-quadrado. **Resultados:** a maioria dos idosos era edêntula e necessita de prótese. Sendo esta necessidade relacionada, para ambos os arcos, à escolaridade, renda, satisfação com a condição bucal, irritabilidade com os dentes, dor/dificuldades para comer, frequência e intensidade de dor, autorrelato de necessidade de tratamento e

substituição da prótese, motivo e local de busca para atendimento. No arco inferior verificou-se significância para autopercepção sobre a cor, consulta e incômodo na escovação dental. **Conclusão:** o edentulismo, o uso e a necessidade de prótese dentária apresentam alta prevalência na população idosa, sendo esta necessidade associada a fatores sociodemográficos, condição de saúde bucal, dor, incômodo, motivo e local de busca para atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde. Arcada Edêntula. Reabilitação Bucal.

Abstract OBJECTIVE to describe edentulism among the elderly, and the factors associated with the need for use of a dental prosthesis. METHODS a cross-sectional, quantitative study of 115 elderly subjects. Data were collected through home interviews and clinical examination, and analyzed by the chi-square test. RESULTS Most of the elderly were edentulous and needed a prosthesis. This need was related, for both arches, to: level of education, income, satisfaction with the oral condition, irritability with teeth, pain/difficulties to eat, frequency and intensity of pain, self-report of need for treatment, and replacement of prosthesis, causes, and location of search for care. In the lower arch, there was significant self-perception about color, consultation, and discomfort in dental brushing. CONCLUSION Edentulism, use and requirement for dental prostheses present a high prevalence in the elderly population, with this need being associated with sociodemographic factors, oral health condition, pain, discomfort, cause and place of search for care.

KEYWORDS: Health services. Jaw Edentulous. Oral Rehabilitation.

Introdução

O envelhecimento da população e suas implicações na saúde dos indivíduos têm se apresentado como um grande desafio na atualidade. Houve atraso em relação à priorização da atenção à saúde ao idoso e impacto do envelhecimento populacional no Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O edentulismo é um problema de Saúde Coletiva, com grande demanda populacional e necessidade de tratamentos protéticos²⁻⁷. Além de medidas educativas e preventivas, as medidas reabilitadoras, no caso específico do edentulismo, tornaram-se fundamentais.

Considerando-se que o princípio da integralidade é fundamental para garantir o acesso

e atenção à saúde bucal, o Ministério da Saúde, com a implantação, em 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, definiu o papel, os critérios, as normas e os requisitos para a habilitação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD)⁸. Estes serviços foram criados para assegurar atendimentos odontológicos especializados à população brasileira, frente às necessidades de saúde acumuladas por um longo período de tempo⁹. Mais recentemente, com vistas a potencializar a integração mais efetiva destes serviços à atenção primária em saúde, implementou-se a Rede de Atenção em Saúde Bucal³.

As principais barreiras ao acesso dos indivíduos idosos ao tratamento odontológico não estão associadas com seu estado de dependência física, mas com os custos, representados não apenas pelos procedimentos, mas, também, pelo custo dos deslocamentos, ajuda de terceiros, e tempo de espera entre consultas quando os tratamentos não são de urgência¹⁰.

A obtenção de dados epidemiológicos da saúde bucal dos idosos, bem como de suas condições socioeconômicas, apoiam o planejamento, organização e monitoramento dos serviços de saúde prestados^{4,6,11-12}.

Este estudo foi realizado a partir da vivência no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), em que foi percebida a ausência de informações sobre a situação de saúde bucal dos usuários adscritos à Unidade de Saúde da Família (USF) em que o grupo PET-Saúde/VS se inseria. Havia um número elevado de idosos adscritos às equipes da USF, mas uma ausência de informações sobre saúde bucal. Portanto, esta pesquisa foi realizada com o objetivo de descrever o edentulismo entre idosos e os fatores associados à necessidade de uso de prótese.

Material e método

Realizou-se um estudo epidemiológico, com delineamento transversal, entre dezembro/2014 e março/2015, em uma USF localizada no município de Ponta Grossa – PR. A USF possuía uma população adscrita de 612 idosos em suas duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta população contava com apenas uma equipe de saúde bucal responsável pela demanda da USF.

O universo da pesquisa foi constituído por todos os indivíduos habitantes da área adscrita da Unidade de Saúde com idade mínima de 65 anos, idade preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos com a população idosa, o que favoreceria as comparações com outros estudos¹³.

Utilizou-se como critério de inclusão no estudo: a faixa etária (≥ 65 anos) e adscrição ao território

da USF. Como critério de exclusão definiu-se: a incapacidade cognitiva, de fala ou audição, pois inviabilizariam a coleta de dados. As informações acerca da população foram angariadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

A partir da lista dos que preencheram os critérios de inclusão, realizou-se o cálculo amostral para obtenção da proporção de idosos a serem examinados. Empregou-se o nível de significância de 95% e o valor de prevalência prévio de necessidade de uso de prótese de 92,7%, valor referido no último levantamento epidemiológico brasileiro⁹. Do número calculado ($n=96$), adicionou-se 20% à amostra, totalizando 115 idosos a serem entrevistados.

A amostragem foi do tipo aleatória simples, realizada por sorteio, proporcional ao percentual de idosos que cada microárea do território estudado apresentava. A coleta de dados foi realizada no domicílio através de entrevista e exame clínico intrabucal.

O questionário utilizado teve aporte no instrumento da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal⁹ e nas recomendações da OMS para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal¹⁴. Investigaram-se condições: demográficas; socioeconômicas; de utilização de serviços odontológicos; de morbidade bucal referida; de autopercepção de saúde bucal e; clínicas (uso e necessidade de prótese dental).

Os critérios para avaliação do uso de prótese dental foram: não usar prótese dental; usar uma ponte fixa; usar mais do que uma ponte fixa; usar prótese parcial removível; usar uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis; usar prótese dental total e; sem informação^{9,14}.

Se detectado o uso de prótese, verificaram-se as suas condições: retenção – folgada ou apertada; estabilidade e reciprocidade; deslocamento ou báscula; fixação – lesão dos tecidos e estética – manchas ou fraturas e; não estava adequada ao perfil facial do paciente¹⁴. Quando pelo menos uma dessas condições estava presente, recomendou-se ao idoso a substituição da prótese.

Considerou-se como variáveis desfecho a necessidade de prótese superior e inferior e,

como variáveis de exposição: sexo, idade, cor/raça, condição socioeconômica, morbidade autorreferida, autopercepção do edentulismo e suas consequências.

Os dados foram tratados e classificados segundo a necessidade de prótese superior e/ou inferior. Todos aqueles que necessitavam de algum tipo de tratamento reabilitador com próteses - fixas, removíveis parciais ou totais - foram agregados no grupo de "necessidade de prótese". Na sequência realizaram-se a análise descritiva e análise bivariada por meio do teste qui-quadrado. Foram considerados significantes valores de $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas com o pacote estatístico STATA, versão 12.0.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UEPG, sob o protocolo 172.965/2012. Os sujeitos da pesquisa foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e aqueles que concordaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Do total de 115 idosos examinados, a maioria era do sexo feminino (57,39%), de cor autorreferida branca (73,04%), com ensino fundamental (72,17%), com a renda familiar variando entre R\$ 1.501,00 e R\$ 2.500,00 (61,74%). Em média, os entrevistados possuíam, respectivamente, 69,77 (DP=3,41) e 4,75 (DP=3,31) anos de idade e de estudo.

Em relação ao uso de prótese, 73,04% dos idosos examinados usavam algum tipo de prótese. A maioria dos idosos (62,61%) usava prótese dental total superior, enquanto que, no arco inferior, 75 (65,22%) não faziam uso de nenhum tipo de prótese dental. Incluem-se nessa categoria idosos desdentados totais e parciais que não usavam nenhuma prótese inferior e também aqueles que não a usavam por possuírem a arcada dentária. Ao examinar a necessidade de tratamento reabilitador protético destes indivíduos, observou-se que, no arco superior, a maioria necessitava de prótese dental

total (42,61%), realidade esta também observada no arco inferior (40,87%).

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE DE PRÓTESE SUPERIOR OU INFERIOR

Observou-se que 73 (63,47%) dos idosos investigados necessitavam de algum tratamento reabilitador protético superior, e apenas 42 (36,52%) não necessitavam.

A tabela 01 apresenta os resultados descritivos e analíticos das condições demográfica, econômica, de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde, segundo a necessidade de prótese superior. Verificou-se que idosos com necessidade de prótese superior apresentam significativamente: menor escolaridade ($p=0,001$); menor renda ($p=0,000$); menor satisfação com a saúde bucal ($p=0,000$); maior irritação ($p=0,041$); maior frequência ($p=0,000$) e intensidade de dor ($p=0,002$); maior autorrelato de necessidade tratamento bucal ($p=0,000$) e de substituição da prótese ($p=0,000$), em detrimento aos indivíduos que não necessitavam de prótese (tabela 01).

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde bucal, os entrevistados que necessitavam de prótese superior costumam frequentar mais o serviço público ($p=0,028$), por motivos relacionados à dor e extração ($p=0,000$), do que comparado aos que não necessitavam de prótese (tabela 01).

Com relação à necessidade de prótese inferior, observou-se que 84 (73,04%) indivíduos necessitavam de algum tratamento reabilitador protético inferior, e 31 (26,96%) não necessitavam.

A tabela 02 retrata as condições demográficas, econômicas, de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade de prótese inferior. Ao comparar os idosos necessitantes e não de prótese inferior, observou-se que os que necessitavam exibiram significativamente: cor parda ($p=0,009$); menor escolaridade ($p=0,001$); menor renda ($p=0,003$); menor satisfação com relação à sua condição bucal ($p=0,000$); maior incômodo

Tabela 1. Condições demográficas e econômicas de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade de prótese superior. Ponta Grossa-PR, 2015.

VARIÁVEIS		NECESSIDADE DE PRÓTESE SUPERIOR		P*
		SIM	NÃO	
Condições demográfica e econômica				
Gênero	Feminino	43 (58,90)	23 (54,76)	0,665
	Masculino	30 (41,10)	19 (45,24)	
Cor	Amarela	3 (7,14)	0 (0,00)	0,146
	Branca	29 (69,05)	55 (75,34)	
	Negra	3 (7,14)	5 (6,85)	
	Parda	7 (16,67)	13 (17,81)	
Escolaridade	Analfabeto	3 (7,14)	-	0,001
	Ensino fundamental	5 (11,90)	6 (8,22)	
	Ensino médio	34 (80,95)	49 (67,12)	
	Ensino superior	-	18 (24,66)	
Faixa de renda (R\$)	1501-2500	22 (30,14)	8 (19,05)	0,000
	2501-4500	46 (63,01)	25 (59,52)	
	4501-9500	-	9 (21,43)	
	>9500	5 (6,85)	-	
Condição de saúde bucal				
Satisfação bucal	Muito satisfeito	-	9 (21,43)	0,000
	Satisfeito	9 (12,33)	19 (45,24)	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	31 (42,47)	9 (21,43)	
	Insatisfeito	33 (45,21)	5 (11,90)	
Sentimento de vergonha dos dentes	Não	39 (53,42)	25 (59,52)	0,526
	Sim	34 (46,58)	17 (40,48)	
Incômodo ao escovar	Não	44 (60,27)	28 (66,67)	0,495
	Sim	29 (39,73)	14 (33,33)	
Irritação com os dentes	Não	29 (39,73)	25 (59,52)	0,041
	Sim	44 (60,27)	17 (40,48)	
Dificuldade de comer ou dor	Não	37 (50,68)	28 (66,67)	0,096
	Sim	36 (49,32)	14 (33,33)	
Dificuldade de falar devido aos dentes	Não	45 (61,64)	30 (71,43)	0,289
	Sim	28 (38,36)	12 (28,57)	
Dor de dente sentida no semestre que antecedeu a pesquisa	Não	40 (54,79)	37 (88,10)	0,000
	Sim	33 (45,21)	5 (11,90)	
Escala de dor+	0	40 (54,79)	37 (88,10)	0,002
	3	14 (19,18)	3 (7,14)	
	4	8 (10,96)	2 (4,76)	
	5	11 (15,07)	-	
Autorrelato de necessidade de tratamento	Não	15 (20,55)	26 (61,90)	0,000
	Sim	58 (79,45)	16 (38,10)	
Autopercepção sobre a necessidade de trocar a prótese	Não	21 (28,77)	40 (95,24)	0,000
	Sim	52 (71,23)	2 (4,76)	
Acesso aos serviços odontológicos				
Consulta ao cirurgião-dentista alguma vez na vida	Sim	73 (100,00)	42 (100,00)	...
	Não	-	-	
Tempo decorrido desde a última consulta	< 1 ano	17 (23,29)	13 (30,95)	0,121
	1-2 anos	17 (23,29)	9 (21,43)	
	>= 3 anos	24 (32,88)	17 (40,48)	
	Não se aplica	-	1 (2,38)	
	Não sabia	15 (20,55)	2 (4,76)	
Tipo de prestador utilizado na última consulta ao cirurgião-dentista	Serviço público	31 (42,47)	11 (26,19)	0,028
	Serviço particular	27 (36,99)	20 (47,62)	
	Plano de saúde	9 (12,33)	11 (26,19)	
	Não sabia	6 (8,22)	-	
Motivo da última consulta	Revisão	-	6 (14,29)	0,000
	Dor	19 (26,03)	5 (11,90)	
	Extração	20 (27,40)	3 (7,14)	
	Tratamento	28 (38,36)	22 (52,38)	
	Outros	-	3 (7,14)	
	Não sabe	6 (8,22)	3 (7,14)	
Autopercepção sobre a última consulta	Muito bom	33 (45,21)	26 (61,90)	0,148
	Bom	34 (46,58)	16 (38,10)	
	Regular	3 (4,11)	-	
	Não sabia	3 (4,11)	-	

* Refere-se ao teste qui-quadrado de Pearson

+ Escala de dor que variava entre 1 (muito pouca dor) e 10 (dor muito forte). O valor 0 (zero) indica que o idoso não relatou dor. Foram apresentados apenas os valores da escala mencionados pelos idosos.

Tabela 2. Condições demográficas e econômicas de saúde bucal e de acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade de prótese inferior. Ponta Grossa-PR, 2015.

VARIÁVEIS		NECESSIDADE DE PRÓTESE INFERIOR		P*
		SIM	NÃO	
Condições demográfica e econômica				
Gênero	Feminino	45 (53,57)	21 (67,74)	0,173
	Masculino	39 (46,43)	10 (32,26)	
Cor	Amarela	3 (9,68)	-	0,009
	Branca	23 (74,19)	61 (72,62)	
	Negra	3 (9,68)	5 (5,95)	
	Parda	2 (6,45)	18 (21,43)	
Escolaridade	Analfabeto	3 (7,14)	-	0,01
	Ensino fundamental	5 (11,90)	6 (8,22)	
	Ensino médio	20 (47,62)	63 (86,30)	
	Ensino superior	3 (7,14)	15 (20,55)	
Faixa de renda (R\$)	1501-2500	27 (32,14)	3 (9,67)	0,003
	2501-4500	49 (58,33)	22 (70,96)	
	4501-9500	3 (3,57)	6 (19,37)	
	>9500	5 (5,96)	-	
Condição de saúde bucal				
Satisfação bucal	Muito satisfeito	-	9 (29,03)	0,000
	Satisfeito	15 (17,86)	13 (41,94)	
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	34 (40,48)	6 (19,35)	
Sentimento de vergonha dos dentes	Insatisfeito	35 (41,67)	3 (9,68)	0,460
	Não	45 (53,57)	19 (61,29)	
Incômodo ao escovar	Sim	39 (46,43)	12 (38,71)	0,015
	Não	47 (55,95)	25 (80,65)	
Irritação com os dentes	Sim	37 (44,05)	6 (19,35)	0,002
	Não	32 (38,10)	22 (70,97)	
Dificuldade de comer ou dor	Sim	52 (61,90)	9 (29,03)	0,002
	Não	40 (47,62)	25 (80,65)	
Dificuldade de falar devido aos dentes	Sim	44 (52,38)	6 (19,35)	0,432
	Não	53 (63,10)	22 (70,97)	
Dor de dente sentida no semestre que antecedeu a pesquisa	Sim	31 (36,90)	9 (29,03)	0,001
	Não	49 (58,33)	28 (90,32)	
Escala de dor+	Sim	35 (41,67)	3 (9,68)	0,008
	0	49 (58,33)	28 (90,32)	
	3	14 (16,67)	3 (9,68)	
	4	10 (11,90)	-	
Autorrelato de necessidade de tratamento	5	11 (13,10)	-	0,009
	Não	24 (28,57)	17 (54,84)	
Autopercepção sobre a necessidade de trocar a prótese	Sim	60 (71,43)	14 (45,16)	0,000
	Não	33 (39,29)	28 (90,32)	
Sim	Sim	51 (60,71)	3 (9,68)	0,000
	Não	-	-	
Acesso aos serviços odontológicos				
Consulta ao cirurgião-dentista alguma vez na vida	Sim	84(100,00)	31 (100,00)	...
	Não	-	-	
Tempo decorrido desde a última consulta	< 1 ano	19 (22,62)	11 (35,48)	0,235
	1-2 anos	20 (23,81)	6 (19,35)	
	>= 3 anos	33 (39,29)	8 (25,81)	
	Não se aplica	-	1 (3,23)	
	Não sabia	12 (14,29)	5 (16,10)	
Tipo de prestador utilizado na última consulta ao cirurgião-dentista	Serviço público	39 (46,43)	3 (9,68)	0,003
	Serviço particular	30 (35,71)	17 (54,84)	
	Plano de saúde	12 (14,29)	8 (25,81)	
	Não sabia	3 (3,57)	3 (9,68)	
	Não sabe	-	-	
Motivo da última consulta	Revisão	-	6 (19,35)	0,000
	Dor	21 (25,00)	3 (9,68)	
	Extração	23 (27,38)	-	
	Tratamento	34 (40,48)	16 (51,61)	
	Outros	-	3 (9,68)	
	Não sabe	6 (7,14)	3 (9,68)	
Autopercepção sobre a última consulta	Muito bom	39 (46,43)	20 (64,52)	0,003
	Bom	42 (50,00)	8 (25,81)	
	Regular	3 (3,57)	-	
	Não sabia	-	3 (9,68)	

* Refere-se ao teste qui-quadrado de Pearson

+ Escala de dor que variava entre 1 (muito pouca dor) e 10 (dor muito forte). O valor 0 (zero) indica que o idoso não relatou dor. Foram apresentados apenas os valores da escala mencionados pelos idosos.

durante a escovação dental ($p=0,015$); maior irritabilidade ($p=0,002$); maiores quadros de dor/dificuldades para comer ($p=0,002$); maior frequência ($p=0,001$) e intensidade de dor ($p=0,008$); e maior autorrelato de necessidade de tratamento ($p=0,009$) e substituição da prótese ($p=0,000$).

Verificou-se também, no que concerne ao acesso aos serviços odontológicos, que a maioria dos idosos que necessitava de prótese inferior frequentou o serviço público ($p=0,003$), para a busca de serviços relacionados à dor ou extração dentária, além de tratamentos, enquanto a maioria dos sujeitos que não necessitava de prótese inferior frequentou o serviço particular na última consulta odontológica, para realizar algum tratamento ($p=0,000$) (Tabela O2).

Discussão

Na caracterização da população estudada, a maioria se autodeclarou branca (73,04%), uma característica justificada pela pesquisa ter sido desenvolvida na região sul do Brasil, onde historicamente houve maciça colonização europeia¹⁵. O gênero feminino foi mais frequente (57,39%), e é provável que este achado deva-se à expectativa de vida maior das mulheres brasileiras idosas^{6,16}. As condições socioeconômicas são satisfatórias, com ganho de médio valor acima da média da maioria da população idosa brasileira¹⁷.

No que se refere à perda dentária dos entrevistados, evidenciou-se, através da elevada porcentagem encontrada do uso e necessidade de prótese, com predominância de prótese total, a alta prevalência de edentulismo, condizente com a realidade encontrada em outros estudos^{4,6,9,13,18-23}. Reflexo da cultura histórica curativista dos serviços de saúde bucal brasileiros representados por ciclos restauradores repetitivos e mutilações dentárias^{6,23}, com pouca ou nenhuma ação preventiva e com exclusão dos adultos e idosos dos programas públicos de atenção⁶.

Entre os tipos de prótese, a total superior foi a que apresentou maior percentual de uso na população estudada, sendo 25,22% maior do que na arcada inferior. Uma possível explicação para esse quadro se baseia no fato dos sujeitos

possuírem maior preocupação com a estética facial, posto que os dentes superiores costumam ser mais evidentes durante o ato de sorrir. Além disso, essa diferença percentual de uso de próteses, entre as arcadas superior e inferior, justifica-se pelo fato de as próteses inferiores comumente apresentarem maior dificuldade de retenção e adaptação ao rebordo do que as superiores²³⁻²⁴.

A elevada necessidade de prótese pode estar relacionada a questões inerentes ao indivíduo, que dificultam a sua busca para suprir esta necessidade, como: a baixa visualização da necessidade protética, visto que apenas 71% e 60% dos que necessitavam de prótese superior e inferior, respectivamente, realmente visualizam a sua necessidade^{23,25}; a baixa frequência de procura dos serviços de saúde bucal, pois para a maioria dos entrevistados a última consulta odontológica ocorreu há mais de 3 anos; uma possível visualização da prótese como algo que não requer substituições frequentes¹³; certa resistência em substituir suas próteses antigas, em decorrência da falta de informação quanto ao uso das próteses e à sua necessidade de substituição, e/ou da dificuldade de adaptação às próteses⁶; e questões econômicas²³.

Além disso, a alta necessidade de prótese pode ser relacionada a aspectos concernentes aos serviços de saúde, como: baixo acesso a programas e políticas preventivas ou de promoção de saúde ao longo da vida favorecendo ao edentulismo^{6,23}; dificuldades de acesso aos serviços públicos odontológicos²³; baixa capacidade dos serviços públicos de atender toda a demanda de reabilitação dos idosos edêntulos²³; a falta de implantação como rotina clínica da confecção de prótese no âmbito da Atenção Primária à Saúde, conforme preconizado na Rede de Atenção à Saúde Bucal do Paraná³ e; a escassez, da época em que foi realizado o estudo, de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no município, especializados em próteses dentárias, levando a população usuária dos serviços públicos de saúde a uma condição protética não resolvida².

Quanto aos aspectos que favorecem a necessidade de prótese dental, verificou-se que eles foram semelhantes em ambos os arcos, com significância para escolaridade, renda, satisfação com a condição bucal, irritabilidade com os dentes,

quadros de dor/dificuldades para comer, frequência e intensidade de dor, autorrelato de necessidade de tratamento e substituição da prótese, motivo e local de busca para atendimento odontológico. O arco inferior apresentou, ainda, significância para autopercepção sobre a cor, a última consulta e incômodo durante a escovação dental.

Indivíduos que apresentaram menores rendas e escolaridade dispuseram de maior necessidade do uso de prótese. Coadunando com estudos que demonstram que as desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer e diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde^{4-5,21,26-27}.

O mesmo foi evidenciado com a satisfação bucal e ocorrência de dor, tendo em vista que usuários que necessitavam de prótese apresentaram-se proporcionalmente mais insatisfeitos com a sua condição de saúde bucal e com maiores frequências e intensidades de dor. Estas relações são arraigadas junto aos idosos, ao contextualizarem que a ausência e condições dentárias insatisfatórias, assim como a presença de próteses defeituosas, comprometem a função mastigatória, a estética, a fonação, além de causar prejuízos de ordem nutricional e psicológica^{6,23,28-29}, e que estes problemas podem ser superados pela reabilitação protética²³. Condições que também podem ser demonstradas no autorrelato de necessidade de tratamento e substituição da prótese.

A irritabilidade dental e o incômodo durante a escovação podem ser gerados pela condição em que os remanescentes dentais e estruturas bucais se apresentam, podendo, quando em condições desfavoráveis, dificultar a reabilitação dental e sua manutenção^{28,30}, em especial na arcada inferior³⁰, ou ampliar seus custos, refletindo na maior demanda deste tipo de tratamento.

O motivo e local da última consulta ao cirurgião-dentista e a avaliação em relação ao atendimento recebido também se relacionaram com o variável desfecho. Sugere-se que a explicação para isso resida no fato de que as consultas para tratamento que não seja dor e extração dentária³¹⁻³² e um bom atendimento recebido possam minimizar a perda dentária e a necessidade de prótese,

assim como empoderar os pacientes³³⁻³⁵ no que tange aos cuidados, manutenção e substituição de próteses dentais. E o ingresso ao serviço privado possa facilitar e/ou agilizar o acesso à aquisição da prótese, devido à grande demanda dos serviços públicos no que tange aos tratamentos desta qualidade^{23,28}.

Diante do exposto, percebe-se que o serviço público de saúde bucal necessita direcionar ações específicas aos problemas da população idosa. O elevado edentulismo – que demanda por reabilitação protética – requer maior interesse em modificar o quadro de desatenção para com a saúde bucal do idoso brasileiro.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram concluir que, na população estudada, a prevalência do uso e da necessidade de prótese é elevada, e que o edentulismo ainda se faz presente no cotidiano da população idosa. Sendo a necessidade de prótese associada a fatores sociodemográficos, condição de saúde bucal, dor, incômodo, motivo e local de busca para atendimento.

Sugerindo, deste modo, a necessidade de redimensionamento e a qualificação das ações de promoção de saúde, reabilitação e tratamentos odontológicos conservadores; da amplificação do acesso aos serviços de especialidades odontológicas reabilitadoras e; da atuação efetiva da rede de atenção em saúde bucal, para garantir a profícua articulação dos serviços odontológicos e aumento da resolubilidade das necessidades em saúde bucal desta população.

Também é possível que a gestão aproxime-se dos resultados deste estudo e discuta com as equipes de saúde bucal estratégias para intervir na questão.

Referências bibliográficas

1. Cruz DT, Caetano VC, Leite ICG. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cad Saúde colet.* 2010; 18(4): 500-508.
2. Bonan PRF, Borges SP, Haikal DS, Silveira MF, Martelli-Junior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da

- percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Odontol Ciênc.* 2008; 23(2): 115-119.
3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Assistência à Saúde. Linha guia de saúde bucal. - Curitiba: SESA. 2014. 76 p.
4. Peltzer K, Hewlett S, Yawson AE, Moynihan P, Preet R, Wu F, et al. Prevalence of Loss of All Teeth (Edentulism) and Associated Factors in Older Adults in China, Ghana, India, Mexico, Russia and South Africa. *Int J Environ Res Public Health.* 2014; 11(11): 11308-11324.
5. Slade GD, Akinkugbe AA, Sanders AE. Projections of U.S. Edentulism prevalence following 5 decades of decline. *J Dent Res.* 2014; 93(10): 959-965.
6. Agostinho MCMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP.* 2015; 44(2): 74-79.
7. Cardoso M, Balducci I, Telles DM, Lourenço EJV, Nogueira JL. Edentulism in Brazil: trends, projections and expectations until 2040. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(4): 1239-1246.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde da população brasileira 2009-2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
10. Lebrão LL, Duarte YAO. Saúde, bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003.
11. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Públ.* 2001; 35(4): 349-355.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SB Brasil 2003 – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
14. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4ª ed. Geneva: ORH/EPID. 1997.
15. Volkmer MS, Krauser MR. História, cultura e patrimônio: educação para o reconhecimento da diversidade cultural. *Métis: História & Cultura.* 2016; 15(29): 41-59.
16. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências das condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Públ.* 2007; 23(10): 2467-2478.
17. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. *Oikos: Rev Bras de Econ Dom.* 2014; 25(1): 4-19.
18. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Rev Bras Epidemiol.* 2006; 9(4): 471-480.
19. Christóforo SEM, Hebling E, Tagliaferro EPS. Prevalência de perda dentária, de cárie e de uso e necessidade de próteses em idosos. *Odonto.* 2005; 13(25): 81-89.
20. Ariga P, Bridgitte A, Rangarajan V, Philip JM. Edentulousness, denture wear and denture needs of the elderly in rural South India. *Iran J Public Health.* 2012; 41: 40-3.
21. Saman DM, Lemieux A, Arevalo O, Lutfiyya MN. A population-based study of edentulism in the US: does depression and rural residency matter after controlling for potential confounders?. *BMC Public Health.* 2014; 14(65): 1-10.
22. Azevedo MS, Correa MB, Azevedo JS, Demarco FF. Dental prosthesis use and/or need impacting the oral health-related quality of life in Brazilian adults and elders: Results from a National Survey. *Journal of Dentistry.* 2015; 43: 1436-1431.
23. Souza JGS, Souza SE, Sampaio AA, Silveira MF, Ferreira EF, Martins AMEBL. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(11): 3407-3415.
24. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira Idade: Quais os problemas bucais existentes?. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1997; 51(6): 573-576.
25. Jahnke MM, Ponte ME, Abegg C, Fontanive VN, Davoglio R. Necessidade de tratamento odontológico autopercebida e normativa em indivíduos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. *RFO UPF.* 2013; 18(3): 271-276.
26. Noronha KV, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Públ.* 2005; 17(5/6): 410-418.
27. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti LA. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil. Um estudo utilizando dados da pesquisa Nacional por amostras de domicílios - PNAD/98. *Ciênc Saúde Colet.* 2002; 7(4): 813-824.
28. Martins AB, Dalberto CS, Hugo FN. Associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal em idosos. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(12): 3669-3679.
29. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Rev. Saúde Públ.* 2016; 50(53): 1-9.
30. Tavares DGM, Marques LARV, Rodrigues Neto EM, Silva PGB, Fiallos ACM. Avaliação de hábitos de higiene bucal e satisfação em usuários de prótese parcial removível. *Saúde e Pesquisa.* 2016; 9(2): 317-323.
31. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte, YAO, Teixeira DSC. Fatores associados à autopercepção de saúde bucal ruim entre idosos não institucionalizados do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(10): 1965-1975.
32. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(4): 740-751.
33. Bordin D, Fadel CB, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Ciênc Saúde Colet.* 2017; 22(1): 151-160.
34. Moimaz SAS, Lima AMC, Garbin CAS, Corrente JE, Saliba NA. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Ciênc Saúde Colet.* 2016; 21(12): 3879-3887.
35. Moimaz SAS, Garbin CAS, Diniz DG, Wakayama B, Garbin AJI, Saliba NA. Acolhimento em saúde bucal: ferramenta facilitadora do acesso ao serviço público. *Rev Paul Odontol.* 2016; 39: 18-24.

DATA DE SUBMISSÃO: 31/08/2017

DATA DE ACEITE: 11/10/2017