

ROBSON IRALLA REZENDE

**PRÓTESE DENTÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA:
RESULTADOS DE UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA NO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.**

Maringá

2010

ROBSON IRALLA REZENDE

**PRÓTESE DENTÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA:
RESULTADOS DE UM CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICA NO
MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação, em Odontologia Integrada, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Pavan

Maringá

2010

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)**

R467p	<p>Rezende, Robson Iralla</p> <p>Prótese dentária na saúde pública: resultados de um Centro de Especialidades Odontológica no Município de Maringá-PR / Robson Iralla Rezende. -- Maringá, 2010. 23 f. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Angelo José Pavan. Dissertação (mestrado em Odontologia)--Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Odontologia, 2010.</p> <p>1. Prótese dentária - Saúde Pública - Avaliação. 2. Prótese dentária - CEO - Maringá-PR. 3. Prótese dentária - CEO - Tratamento - Aceitação. I. Pavan, Angelo José, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Odontologia. III. Título.</p> <p>CDD 21.ed.617.6</p>
-------	---



Universidade Estadual de Maringá
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada



PROVA DE JULGAMENTO DE DISSERTAÇÃO

Programa.....: Pós-Graduação em Odontologia Integrada
Área.....: Odontologia
Curso.....: Mestrado Acadêmico
Candidato.....: Robson Iralla Rezende

COMISSÃO EXAMINADORA

- 1.º EXAMINADOR: SANDRA MARA MACIEL (Secretária), Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo. É Professora associado na área de odontopediatria, do Departamento de Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Maringá.
- 2.º EXAMINADOR: JOÃO HENRIQUE NOGUEIRA PINTO, Doutor em odontologia (prótese dentária) pela Universidade de São Paulo. É professor na área de prótese dentária do Hospital de Reabilitação de anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo.
- 3.º EXAMINADOR: ÂNGELO JOSÉ PAVAN (Presidente), Doutor em Odontologia pela Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru, é Professor associado na área de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, do Departamento de Odontologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Maringá.

Maringá, 26 de fevereiro de 2010.

SANDRA MARA MACIEL

1.º Examinador

JOÃO HENRIQUE NOGUEIRA PINTO

2.º Examinador

ÂNGELO JOSÉ PAVAN

3.º Examinador

Av. Mandacarú, 1550 – Câmpus Universitário – CEP 87.080-000 – Maringá – PR
Fones: (44) 3011-9051 e (44) 3011-9052 – e-mail: sec-pgo@uem.br - Internet:
<http://www.dod.uem.br/pos/pos1.htm>

À Heloise, Felipe e Otávio.
Pelo amor incondicional, apoio e compreensão.

RESUMO

Objetivos: (1) Avaliar o percentual de aceitação do tratamento reabilitador protético realizado em um Centro de Especialidades Odontológica (CEO) de Maringá-PR, (2) analisar o tempo de espera por vaga de atendimento e (3) o perfil demográfico e socioeconômico dos usuários deste serviço. **Material e Método:** A amostra consistiu de 39 pacientes atendidos pelo CEO entre março de 2006 a março de 2007. Os dados foram coletados através dos prontuários e por meio de entrevista, aonde foi aplicado questionário estruturado contendo questões fechadas. Foi utilizada estatística descritiva, análise multivariada e regressão logística. **Resultados:** Observou-se que 57% dos pacientes tinham idade entre 61,8 e 76,6 anos. Mulheres representaram 67% da amostra contra 33% do gênero oposto. Casados e viúvos representavam 67% e 31% respectivamente. A maioria dos pacientes atendidos (90%) tinha renda mensal de até 3 salários mínimo, e 67% tinham o 1º grau incompleto. Da população estudada, 49% ainda utilizavam as próteses confeccionadas pelo CEO, 36% utilizam em partes e 15% desistiram totalmente do tratamento. O tempo médio de espera por vaga de atendimento foi de aproximadamente 4 meses. **Conclusão:** o percentual de aceitação total, parcial e de desistência do tratamento reabilitador protético realizado pelo CEO em questão, foi respectivamente de 49%, 36% e 15%. O tempo médio de espera por vaga foi de 4 meses. A maioria dos usuários deste serviço eram mulheres, acima dos 60 anos, casadas, com baixa renda mensal e baixo nível de escolaridade.

Palavras-chave: prótese dentária, saúde pública, avaliação de resultados

ABSTRACT

Objective: (1) To evaluate the percentual of a prosthetic treatment acceptance from one of the Dental Specialties Center (DSC) of Maringá-PR. (2) To analyze the waiting time

for a vacancy and the demographic and socioeconomic profile of those who use this service. **Material and Method:** The sample contained 39 patients who were treated in the DSC during March 2006 to March 2007. The data were collected from the patient's file and during an interview, where it was applied an structured questionnaire with objective questions. In order to analyze the data, it was used the descriptive analyze, multivariate analyze and logistic regression. **Results:** It was observed that 57% of patients were 61,8 to 76,6 years old. Women represented 67% of the sample against 33% of the opposite gender. Married and widows represented 67% and 31%, respectively. Most of treated patients (90%) had a 3 minimum salaries income, and 67% had a lower level of education. From the sample, 49% still used the prostheses from the DSC, 36% used part of them and 15% totally gave up the treatment. The mean waiting time for a vacancy was 4 months. **Conclusion:** It was concluded that, the percentual of total and partial acceptance, and from those who gave up was respectively 49%, 36% and 15%. The mean waiting time for a vacancy was 4 months. The profile from most of the patient consisted for being women, older than 60, married, with low income and low level of education.

Keywords: dental prostheses, public health, results evaluation

INTRODUÇÃO

Ao lado do câncer de boca, a ausência dentária é um dos maiores problemas de saúde bucal do Brasil ¹. Conhecido como edentulismo, sua presença está relacionada à alterações na aparência, perda da capacidade mastigatória, conseqüente déficit nutricional, e à alterações psicológicas podendo levar o indivíduo ao isolamento ². Diversos fatores estão associados ao seu surgimento, entre eles o nível de gravidade das doenças bucais, aspectos culturais e o modelo de prática odontológica oferecido ³. De acordo com os levantamentos epidemiológicos realizados em 1980, 1986 e 2003, houve pouca mudança no índice de dentes perdidos na população brasileira de 65 a 74 anos durante este período ³. Aproximadamente 86 % desta população não possuem nenhum dente na boca ⁴. Segundo Oliveira ³, em termos de dívida assistencial, o quadro se mantém preocupante. Considerando a população de 2003, com 1,44 milhão de pessoas entre 35 e 74 anos que estão totalmente edêntulas, e somando-se aos 2,6 milhões com necessidade de próteses totais superiores ou inferiores, tem-se mais de 4 milhões entre adultos e idosos que necessitam repor seus dentes ³. No entanto, até recentemente não existia opção de tratamento na rede pública de saúde para quem necessitasse repor dentes perdidos por meio de próteses dentárias. Segundo dados do Ministério da Saúde, até 2003 apenas 3% dos serviços odontológicos realizados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) representavam tratamentos especializados ⁵.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou as diretrizes da política nacional de saúde bucal através do Programa “Brasil Sorridente”, que dentre suas linhas de ação, está a reorganização da atenção básica e especializada, principalmente por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológica (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs). A habilitação e o funcionamento dos CEOs e LRPDs são regidos pelas Portarias 1.570, 1.571 e 1.572 de 29 de julho de 2004 ^{6,7,8}. A

partir de então, a população brasileira passou a ter maior acesso a tratamentos odontológicos especializados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005 foi inaugurado um CEO nas dependências do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP) com sede na cidade de Maringá – PR. Dentre serviços em diversas áreas da odontologia, são oferecidas próteses totais e parciais removíveis à população de 30 municípios da região. Para ter acesso ao serviço, o paciente deve antes ser atendido por um dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS), aonde constatado a necessidade do tratamento é feito o encaminhamento para o CEO. Somente no município de Maringá são realizadas aproximadamente 240 próteses por ano. Mesmo assim, a demanda é consideravelmente maior que a oferta, tornando o processo demorado.

O protocolo de atendimento clínico do referido CEO consiste em cinco consultas, sendo elas: (1^a) exame físico e moldagem, (2^a) ajuste do plano de orientação, (3^a) provas clínicas, (4^a) instalação e (5^a) proervação. Esta última fase consiste no controle posterior do paciente recém-reabilitado e é de grande importância para o êxito do tratamento ⁹. No entanto, muitos não retornam para a proervação, ficando a dúvida a respeito da aceitação ou desistência do tratamento. Houve situações em que pacientes insatisfeitos com as próteses recebidas inscreveram-se novamente no programa. Situações como essa acarretam prejuízo tanto para os pacientes que aguardam por vagas, quanto para os gestores que empregam recursos públicos em tratamentos ineficazes.

Sendo assim, o presente estudo teve o objetivo principal de avaliar o percentual de aceitação do tratamento reabilitador protético oferecido à população de Maringá-PR, por meio de um Centro de Especialidades Odontológicas. Pretendeu-se também analisar

o tempo de espera por vaga de atendimento e o perfil demográfico e socioeconômico dos usuários deste serviço.

METODOLOGIA

Este trabalho foi enviado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR. Os pacientes que participaram deste trabalho foram esclarecidos a respeito dos objetivos do mesmo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II).

O plano amostral foi desenvolvido a partir da população da cidade de Maringá atendida durante o período de março de 2006 a março de 2007, consistindo de 238 pacientes. Não foi possível contatar muitos dos que foram atendidos, sendo que os principais motivos foram: cancelamento de serviço telefônico, mudança de endereço, inexistência de endereço, falecimento e recusa em participar da pesquisa. Sendo assim, foi selecionada uma amostra de 39 pacientes para execução do trabalho. A coleta de dados foi realizada em duas fases: (1) através dos prontuários dos pacientes atendidos, onde foram coletadas informações como nome, endereço, estado civil, idade, data de referenciamento da UBS, datas e procedimentos realizados do início ao término do tratamento; (2) por meio de dois entrevistadores devidamente treinados, onde foi aplicado questionário estruturado contendo questões fechadas referentes ao tratamento realizado (anexo I). As entrevistas ocorreram nas dependências do CISAMUSEP, exceto quando o paciente não podia comparecer ao local. Nestes casos, as entrevistas eram realizadas na residência dos pacientes. A unidade amostral (o paciente) foi classificada de acordo com o(s) tipo(s) e quantidade de prótese(s) recebida(s) pelo CEO, enquanto que a aceitação do tratamento foi classificada em: (1) aceitação total, nos casos de pacientes que receberam próteses superiores e inferiores e que no momento da pesquisa utilizavam ambas as próteses; (2) aceitação parcial, nos casos de pacientes que receberam próteses superiores e inferiores e que no momento da pesquisa utilizavam apenas uma das próteses; (3) desistência, nos casos de pacientes que não utilizavam as

próteses confeccionadas pelo CEO. Os casos de pacientes que receberam apenas a prótese superior ou inferior, não permitiam classificação parcial quanto à aceitação do tratamento. A caracterização dos pacientes foi realizada por meio da estatística descritiva e para verificar as relações entre as variáveis, os dados foram submetidos à análise multivariada e regressão logística. Nos casos em que a frequência das variáveis de interesse eram menores que cinco ou iguais a zero foi utilizado o teste exato de Fisher. As análises univariadas e multivariadas foram realizadas por meio do software *Statística* 8.0 disponível no Departamento de Estatística da UEM.

RESULTADOS

Os dados demográficos e sócioeconômicos da amostra estão descritos na tabela 1. Segundo os resultados, a maioria dos pacientes atendidos (74%) já utilizava algum tipo de prótese dentária no momento da primeira consulta, enquanto 79% desses as utilizavam por mais 3 anos. De acordo com a regressão logística verificou-se haver pouca associação estatística entre as variáveis de interesse, com exceção para as variáveis: (1) “tempo de uso da última prótese” (< 3 anos, 3anos e > 3 anos) e (2) “prótese em uso no momento da pesquisa” (novas, antigas e nenhuma) que apresentaram respectivamente os seguintes valores: $p= 0,002$ em função do gênero feminino e $p= 0,03$ em função da idade (tabelas 2 e 3).

A frequência das próteses confeccionadas e o índice de aceitação e desistência do tratamento estão descritos na tabela 4. Observou-se que em todos os casos de aceitação parcial e desistência, o paciente recebera próteses em ambos os arcos. A distribuição dessas próteses está descrita na tabela 5. No entanto, após aplicação do teste exato de Fisher não se verificou associação significativa no grupo que recebera próteses em ambos os arcos em relação ao tipo de aceitação ($p= 0,262$). A frequência de pacientes que compareceram à preservação em relação ao tipo de aceitação do tratamento está descrito na tabela 6. A distribuição do tempo de espera por vaga de atendimento, e do tempo de tratamento estão descritos na tabela 7.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados, constatou-se maior prevalência na utilização dos serviços oferecidos pelo CEO de pacientes do gênero feminino, acima de 60 anos, com renda mensal de até 3 salários mínimos e com baixo nível de escolaridade. Resultados similares foram encontrados em trabalho realizado sobre o perfil sócio demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS¹⁰. Outro trabalho evidenciou a estreita relação entre gênero e maior utilização de serviços médicos e odontológicos^{11,12}. Segundo os autores, as mulheres têm mais acesso a assuntos relacionados à saúde, e são mais atentas aos possíveis fatores prejudiciais. No presente estudo o gênero feminino foi associado como fator de proteção em relação a variável de interesse “tempo de utilização da última prótese dentária” antes de procurar os serviços do CEO. Ou seja, na amostra estudada as mulheres buscaram trocar suas respectivas próteses com menor tempo de uso, sugerindo maior preocupação na manutenção de sua saúde. O edentulismo não é uma alteração associada ao envelhecimento. No Brasil, tal agravo tem início precoce e tende a não ser resolvido ao longo do tempo^{13,3}. Tal citação é explicitada no alto índice de edêntulos na população de 65 a 74 anos. Dos brasileiros que compõem esta categoria, 74% não possuem nenhum dente no arco superior, enquanto que no arco inferior a prevalência é de 57%⁴. Vale salientar que estes números refletem apenas aqueles com ausência total de dentes em um dos arcos, sem contar os casos de ausência parcial. Esses dados explicam a alta demanda de pessoas acima de 60 anos pelos serviços protéticos oferecidos pelo CEO. Tal prevalência ressalta a importância da capacitação da equipe na atenção ao paciente idoso. A compreensão de sua situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica é importante para a formulação de um diagnóstico mais preciso e de um plano de tratamento adequado à sua realidade¹³.

Grande parte da população estudada (90%) tinha renda mensal de até 3 salários mínimos, enquanto que 67% da amostra possuíam baixo nível de escolaridade. Barbato *et al*¹⁴ evidenciaram que a presença dessas duas realidades, baixo nível de escolaridade e baixa renda familiar foram fatores estatisticamente significantes na prevalência do edentulismo.

O grau de edentulismo é influenciado diretamente por aspectos geográficos. No Brasil, dentro da faixa etária de 65 a 74 anos, as regiões que possuem as percentagens maiores de necessidade de prótese total superior e inferior são as regiões Norte (20,7% e 26,8%) e Nordeste (21,2% e 26,7%), comparadas à região Sul (7,9% e 14,4%)⁴. Isso não significa que no Sul as pessoas envelhecem com maior número de dentes na boca, mas que tem maior acesso ao tratamento. Prova disso é que a região Sul apresenta o maior percentual de uso de próteses totais entre adultos e idosos⁴. Tal constatação foi observada no presente trabalho, pois 74% da população estudada procuraram o CEO para trocar próteses confeccionadas anteriormente.

De acordo com a tabela 1, observou-se que o grupo de maior prevalência foi o que recebeu próteses totais nos arcos superior e inferior (46%). Esses dados corroboram com os resultados obtidos no último levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, o “Saúde Bucal Brasil 2003”⁴. Quanto à aceitação do tratamento realizado pelo CEO, o presente estudo mostrou que 49% dos pacientes atendidos aceitaram integralmente o tratamento, utilizando as próteses realizadas pelo CEO até o momento da pesquisa. Outros aceitaram parcialmente (36%), significando que uma das próteses não estava sendo utilizada. Os pacientes que desistiram completamente do tratamento realizado somaram 15%. Segundo a tabela 2, observou-se que as próteses inferiores estavam envolvidas em grande parte dos casos de aceitação parcial e de desistência. Em um estudo realizado em pacientes que haviam

recebido próteses totais superiores e inferiores em uma instituição de ensino superior, revelou-se que 2 anos após a confecção das mesmas, 74% da amostra ainda utilizavam as próteses totais superiores e que 64% ainda utilizavam as inferiores. Foi relatado que os principais motivos para a não utilização das próteses superiores foram associados a traumatismos e estética, enquanto que para as próteses inferiores, os motivos foram associados a traumatismo, retenção e estabilidade ¹⁵.

A dificuldade em adaptar uma prótese total inferior é assunto antigo na odontologia, tanto dentista quanto paciente tem algum tipo de preconceito a respeito ¹⁶. Uma explicação para a dificuldade em adaptar-se às próteses dentárias pode estar relacionada às mudanças que ocorrem na cavidade bucal com o envelhecimento. Além do processo de reabsorção alveolar, ocorrem: atrofia e diminuição da espessura do tecido epitelial, perda da elasticidade e diminuição do fluxo salivar, tornando a cavidade bucal mais susceptível à lesões associadas ao uso de próteses dentárias ¹³.

Outro fator associado a não adaptação às próteses confeccionadas pelo CEO pode estar relacionado a aspectos técnicos. O protocolo de atendimento adotado pelo referido centro, não contempla a moldagem funcional, procedimento que tem objetivo de copiar com maior precisão a anatomia da área de suporte da prótese. Um estudo realizado no Japão em pacientes que receberam próteses totais confeccionados por meio de técnicas que empregaram e não empregaram a moldagem funcional, revelou não haver diferença estatisticamente significativa na qualidade das próteses confeccionadas ¹⁷. No entanto, diversos autores relatam a importância deste procedimento no tratamento reabilitador protético por meio de próteses totais ^{9,16}. Turano ¹⁶ em sua obra comenta que o epitélio que reveste a área de suporte da prótese total sofre alterações em sua forma ao longo do tempo, principalmente se o paciente já utiliza uma prótese total. Sendo assim, durante o período decorrido entre a moldagem para confecção do modelo mestre e a fase de

acrilização da prótese, alterações no epitélio de suporte podem ter ocorrido, prejudicando a posterior retenção da prótese e adaptação dos tecidos à mesma. Outro resultado importante da pesquisa foi o baixo índice de pacientes que retornaram ao CEO para a proservação do trabalho realizado (26%). Durante a instalação das próteses totais, diversos problemas podem surgir, como falta de retenção, dor, problemas oclusais e náusea¹⁸. É muito difícil confeccionar próteses totais que não venham a traumatizar os tecidos da cavidade bucal. Mesmo que isso não ocorra no primeiro dia, provavelmente acontecerá nos próximos¹⁶. Lamb¹⁸ ressalta que nenhum paciente deve deixar o consultório com uma prótese insatisfatória, pois até mesmo pacientes otimistas podem ficar desestimulados com a presença desses fatores. No entanto, Turano¹⁶ comenta que não é interessante realizar ajustes oclusais, assim como remover áreas de compressão no dia da instalação, pois fatalmente áreas desnecessárias serão desgastadas podendo comprometer a retenção das próteses. Em revisão de literatura a respeito da instalação de próteses totais, foi ressaltada a relevância do controle posterior no sucesso do tratamento¹⁹. Segundo os autores, o controle contínuo do paciente pelo profissional deve ser considerado, uma vez que não é possível determinar a tolerância biológica de cada indivíduo. Turano¹⁶ relata que a adaptação das próteses à cavidade bucal não é uma fase, mas sim muitas fases. De acordo com o autor, a proservação pode ser considerada como uma fisioterapia de acomodação da prótese aos tecidos e vice-versa, podendo ser necessárias mais visitas ao consultório que àquelas gastas para a confecção das próteses. Em outro estudo realizado na Finlândia, em idosos portadores de prótese total, foi mostrado que essa população tende a estar mais satisfeita com suas respectivas próteses, mesmo quando mal adaptadas²⁰. Concluiu-se que a tolerância em usar uma prótese é proporcional ao tempo de uso da mesma. No entanto, quanto mais antigas as próteses, maiores são as chances de falhas²⁰. Tal conclusão corrobora com os resultados

obtidos no presente trabalho, aonde a idade se mostrou como fator de proteção em relação a utilização ou não das próteses confeccionadas pelo CEO ($p= 0,03$). Em outras palavras, os pacientes mais jovens foram os que mais aceitaram trocar as próteses antigas pelas novas. Tal resultado mostra que o fato do paciente buscar o serviço oferecido pelo CEO e ir para casa com uma prótese nova não significa que o mesmo irá usá-la. Sendo assim, torna-se nítida a importância da preservação do paciente reabilitado com próteses removíveis, não apenas para a promoção de saúde e conforto, mas também para troca de informações e consolidação do vínculo dentista-paciente.

Quanto maior a densidade populacional, maior é a competição pela oferta, e sendo a demanda maior que a oferta, inevitavelmente surgem as filas de espera ²¹. As filas de espera são uma realidade na vida de muitos, constituindo uma etapa inevitável para o acesso a diversos produtos e serviços ²¹. Em artigo sobre a demanda por serviços de prótese dentária pela rede pública de saúde, publicado no jornal Folha de São Paulo em outubro de 2009, foi relatado a existência de 6 milhões de pessoas na fila de espera aguardando por uma vaga de atendimento. Segundo o artigo, a expectativa é de zerar a demanda em 10 anos ²². No presente trabalho foi constatado que os pacientes atendidos aguardaram em média 4 meses por uma vaga de atendimento. Porém, esse período representa o tempo que o usuário aguardou para ser atendido, sem contar o tempo necessário para realização das próteses dentárias. Segundo os resultados, o tempo médio de tratamento foi de aproximadamente 3 meses. Levando em consideração que o edentulismo está associado a mudanças no hábito alimentar, assim como ao risco de desnutrição em pessoas idosas ²³, pode-se concluir que durante a espera por uma vaga, o usuário pode perder muito mais do que apenas tempo.

CONCLUSÃO

O presente estudo ressaltou a necessidade de levantamentos epidemiológicos mais aprofundados, que revelem resultados quantitativos e qualitativos à respeito das ações da atual política nacional de saúde bucal. Também evidenciou a importância da capacitação técnica da equipe envolvida no atendimento do paciente idoso. Não há dúvida em relação à importância dos serviços prestados à população de Maringá por meio do CEO estudado nesta pesquisa. No entanto, tendo em vista os índices de aceitação integral (49%), parcial (36%) e de desistência (15%), conclui-se que parte da população que teve acesso ao serviço não encontrou resolutividade no mesmo. O estudo evidenciou a necessidade de planejamento técnico que permita ao profissional acompanhar o paciente recém reabilitado, pois este acompanhamento poderá ter grande impacto no índice de aceitação do tratamento.

O perfil dos usuários do referido centro caracterizou-se por ser em sua grande parte mulheres (67%), com idade média de 67 anos, casadas (67%), baixa renda mensal (67% com até 3 salários mínimo) e baixo nível de escolaridade, e que esses esperaram em média 4 meses por uma vaga de atendimento.

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/especialidades.php>. Acesso em 20 de fevereiro de 2010.
- 2- Hebling E. Prevenção em odontogeriatrics. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 426-37.
- 3- Oliveira, AGRC. Edentulismo. In: Antunes, JLF; Peres, MA. Fundamentos de odontologia: epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-217.
- 4- Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: 2004. p. 50-3.
- 5- Ministério da Saúde. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php. Acesso em 19 de março de 2010.
- 6- 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e qualidade superando a exclusão social: Relatório final, 29 de julho à 1 de agosto de 2004. Brasília: MS, 2005.
- 7- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570, de 29 de julho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jul.,2004.
- 8- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571, de 29 de julho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jul.,2004.
- 9- Ministério da Saúde. Portaria nº 1.572, de 29 de julho de 2004. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jul.,2004.

- 10- Da Cunha, VPP; Marchini, L. Prótese total contemporânea na reabilitação bucal. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
- 11- Ribeiro MCSA; Barata RB; Almeida MF; Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Rev C S Col, 2006;11(4):1011-1022.
- 12- Lisbôa IC; Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, out/dez de 2006; 15 (4): 29-39.
- 13- Travassos C; Viacava F; Pinheiro R; Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica 2002;11(5/6): 365-373.
- 14- Campostrini EP; Zenóbio EG. Avaliação pelo odontólogo. In: Maciel A. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 179-207.
- 15- Barbato PR; Nagano HCM; Zanchet FN; Boing AF; Peres MA. 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). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(8):1803-1814.
- 16- Leles CR; Nakaoka MM; Souza RF; Compagnoni MA. 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, jan./jun 1999; 2 (1): 61-6
- 17- Turano, JC; Turano, LM. Fundamentos de Prótese Total. 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 559 p.
- 18- Kawaia Y; Murakamia H; Shariatic B; Klemettid E;

- Blomfielde ,JV; Billettef L; Lund JP; Feineh JS. Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques?. J Dent 2005; 33: 659–668.
- 19- LAMB, DJ. Denture Delivery. In: LAMB, DJ. Problems and solutions in complete denture prosthodontics. London: Quintessence Books; 1993. p.135-150.
- 20- Barbosa, DB; Barão, VAR; Assunção, WG; Gennari Filho, H; Goiato, MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol UNESP: 2006; 35(1): 53-60.
- 21- Nevalainen,M.J; Rantanen,T; Närhi,T; Ainamo,A. Complete dentures in the prosthetic rehabilitation of elderly persons: five different criteria to evaluate the need for replacement. J Oral Rehabil: 1997; 24: 251-258.
- 22- Iglesias,F; Günther,H. A espera na vida urbana: uma análise psicossocial das filas. Psicol. Estud.: Maringá, jul./set. 2009; 14 (3), p. 537-545.
- 23- Folha de São Paulo. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u634586.shtml>>. Acesso em 09 de fevereiro de 2010.
- 24- De Marchi, RJ; Hugo,FN; Hilgert, JB; Padilha, DMP. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. Nutrition. 2008; 24: 546–553

ANEXO I

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Qual sua idade?

- Menos de 21 anos
- 21 a 30 anos
- 31 a 40 anos
- 41 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- acima de 61 anos

Qual seu gênero?

- masculino
- feminino

Qual sua escolaridade?

- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- 3º grau incompleto
- 3º grau completo
- pós-graduação

Qual sua situação conjugal?

- solteiro(a)
- casado / união estável
- separado(a) / divorciado(a)
- viúvo

Qual a renda mensal de sua família?

- Até 3 salários mínimos (R\$ 990)
- 3 a 5 salários (R\$ 991 a R\$ 1650)
- 5 a 10 salários (R\$ 1651 a R\$ 3300)
- Mais de 10 salários (mais de R\$ 3301)

Quantos carros a família possui?

- apenas 1
- 2 ou mais

Em casa, sua família tem:

- aparelho de TV
- videocassete
- DVD
- geladeira
- microondas
- computador
- internet
- máquina de lavar roupa

QUESTIONÁRIO INTRODUTÓRIO

Número de dentaduras usadas anteriormente:

menos de 3 3 mais de 3

Tempo de uso da última dentadura:

menos que 3 anos mais que 3 anos

Você usa suas dentaduras novas, antigas ou não está usando nenhuma?

novas antigas nenhuma

superior inferior

Você usa suas dentaduras novas para comer?

sim não

Você usa suas dentaduras novas:

dia e noite apenas de dia

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa intitulado: - **PRÓTESE DENTÁRIA NA SAÚDE PÚBLICA: RESULTADOS DO PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ-PR.**

Para isso estaremos fazendo uma pesquisa por meio de telefone/carta e pessoalmente e gostaríamos de saber a sua aceitação ao tratamento realizado respondendo a um questionário que faremos a seguir.

O Senhor(a) receberá todo esclarecimento sobre a pesquisa antes de sua realização e durante, podendo se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização ou prejuízo.

Não haverá forma de ressarcimento, POIS TRATA-SE DE BUSCA DE DADOS PARA AVALIAR A ACEITAÇÃO DAS PRÓTESES QUE O SENHOR(A) RECEBEU

O Senhor(a) participando desta pesquisa estará permitindo que façamos a avaliação dos resultados do serviço oferecido por um programa de saúde pública do Governo Federal.

Eu, _____, brasileiro(a), portador da carteira de identidade nº _____, residente em _____, Estado, _____, declaro ter recebido as informações e esclarecido minhas dúvidas sobre o estudo coordenado pelo Prof. Ângelo José Pavan, concordando em participar voluntariamente do mesmo e estou ciente de que imagens (fotografias) serão utilizadas para fins científicos.

Assinatura do paciente

Maringá, ---/---/-----

Eu, Prof. _____, declaro ter fornecido todas as informações referentes ao estudo.

Assinatura do Coordenador

Maringá---/---/-----

EQUIPE EXECUTORA:

Prof. Ângelo José Pavan

Mestrando Robson Rezende

Profa. Isolde Prevideli.

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto, na Avenida Mandacarú, 1550, fone 44-21019051 ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, na Avenida Colombo, 5.790 – Bloco 10, fone (44) 3261 4444.

TABELAS

Tabela 1: Perfil demográficos e socioeconômico dos usuários do CEO.

Variável	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Masculino	13	33%
Feminino	26	67%
Total	39	100%
Idade		
41 a 51 anos	1	3%
51 a 60anos	11	28%
Acima de 60 anos	27	69%
Total	39	100%
Grau de Escolaridade		
1º grau completo	8	22%
1º grau incompleto	24	67%
2º grau completo	4	11%
Total	36	100%
Estado Civil		
Casado	26	67%
Colteiro	1	3%
Viúvo	12	31%
Total	39	100%
Renda		
3 a 5 salários	3	8%
5 a 10 salários	1	3%
Até 3 salários mínimos	35	90%
Total	39	100%

Tabela 2: Regressão multinomial com variável resposta tipo de prótese em uso no momento da pesquisa (novas, antigas, nenhuma)

Variável	p-valor	Conclusão	Odds
Tipo de Prótese	p>0,05	Não significativo	
Idade	p=0,03	Significativo	100
Sexo	p>0,05	Não significativo	
Grau de Escolaridade	p>0,05	Não significativo	
Estado Civil	p>0,05	Não significativo	
Tempo de espera para iniciar o tratamento	p>0,05	Não significativo	
Tempo do tratamento	p>0,05	Não significativo	
Foi na proervação	p>0,05	Não significativo	

Tabela 3: Regressão logística com variável resposta tempo de uso da última prótese

Variável	p-valor	Conclusão	Odds
Tipo de Prótese	p>0,05	Não significativo	
Idade*	P=0,6331	Não significativo	
Sexo*	p=0,002	Significativo	2
Grau de Escolaridade	p>0,05	Não significativo	
Estado Civil	p>0,05	Não significativo	
Tempo de espera para iniciar o tratamento	p>0,05	Não significativo	
Tempo do tratamento	p>0,05	Não significativo	
Aceitação do tratamento	p>0,05	Não significativo	

Tabela 4: Próteses confeccionadas pelo CEO segundo o grau de aceitação e desistência.

PRÓTESE RECEBIDA*	FREQUÊNCIA	ACEITAÇÃO TOTAL	ACEITAÇÃO PARCIAL	DESISTÊNCIA
PPR SUP	1 (3%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
PPR SUP + PPR INF	4 (10%)	1 (5%)	1 (7%)	2 (33%)
PT SUP	2 (5%)	2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)
PT SUP + PPR INF	14 (36%)	5 (26%)	7 (50%)	2 (33%)
PT SUP +PT INF	18 (46%)	10 (53%)	6 (43%)	2 (33%)
TOTAL	39 (100%)	19 (100%)	14 (100%)	6 (100%)

* PPR: Prótese parcial removível, PT: Prótese total, SUP: superior, INF: inferior

Tabela 5: Aceitação parcial e desistência segundo o arco dentário envolvido

GRUPO DE PACIENTES	ARCO DENTÁRIO			
	Superior	Inferior	Ambos	Total
PPR SUP+PPR INF	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
PT SUP+PPR INF	1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)	8 (100%)
PT SUP+PT INF	1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)	8 (100%)

Tabela 6: Grau de aceitação do tratamento em relação à proervação.

Aceitação do tratamento	Compareceu à proervação			
	N/C*	Não	Sim	Total
Desistência	0 (0%)	4 (67%)	2 (33%)	6 (100%)
Parcial	0 (0%)	9 (64%)	5 (36%)	14 (100%)
Total	2 (11%)	14 (74%)	3 (15%)	19 (100%)

* Não consta no prontuário

Tabela 7: Estatística descritiva do tempo médio de espera por vaga e tratamento.

	N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Tempo de espera	31	4,19	1	8	2,15
Tempo de tratamento	37	2,81	1	6	1,37

