

Trabalho de Conclusão de Curso

**Estudo sobre o serviço de prótese dentária
oferecido pelo SUS em cidades do Estado de
Santa Catarina**

Luiza Nardi Rigotti



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

Luiza Nardi Rigotti

**ESTUDO SOBRE O SERVIÇO DE PRÓTESE DENTÁRIA
OFERECIDO PELO SUS EM CIDADES DO ESTADO DE SANTA
CATARINA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para conclusão do Curso de Graduação em
Odontologia

Orientadora: Prof^ª. Dra. Daniela Lemos
Carcereri

Co-orientador: Prof^º. Dr. Calvino Reibnitz
Junior

Florianópolis

2013

Luiza Nardi Rigotti

**ESTUDO SOBRE O SERVIÇO DE PRÓTESE DENTÁRIA
OFERECIDO PELO SUS EM CIDADES DO ESTADO DE SANTA
CATARINA**

Este trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de maio de 2013.

Banca Examinadora:

Prof^o. Dr. Calvino Reibnitz Junior
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Fabiana Oro Cericato
Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de São José

*À minha família.
Apesar da distância, sempre presente.*

AGRADECIMENTOS

A meus dois orientadores. A professora Daniela, pela ideia e orientações iniciais. Ao professor Calvino, por me acolher, por ser um exemplo de dedicação à saúde pública e pela ajuda inestimável.

Aos professores que verdadeiramente inspiram e incentivam seus alunos, seja com palavras ou demonstrações de amor a odontologia.

A meu pai Ben-Hur, por todas as visitas e passeios por Floripa.

A minha mãe Giovana, por me ligar todas as noites para contar as novidades de Xaxim.

A meu irmão Julio, por todos os momentos de irmão.

A meus avós, por todo o carinho e amor.

A Odara, por ser a melhor dupla, a melhor amiga.

A Flavia, por ser a melhor companhia, por cuidar de mim.

As meninas, por todos os momentos de amizade, comidas e fofocas.

Aos colegas, por cinco anos que deixarão saudades.

Obrigada.

RESUMO

Levantamentos Epidemiológicos realizados no Brasil nas últimas décadas sobre a condição bucal da população evidenciam o elevado número de pessoas edêntulas e com necessidade de uso de prótese dentária. Até o ano de 2004 não havia programas de saúde pública que abrangessem a reabilitação protética, porém com a implantação do Programa Brasil Sorridente, o oferecimento de próteses dentárias foi possível e facilitado com a criação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). O presente trabalho apresenta a situação geral do serviço de próteses dentárias do SUS oferecido no Estado de Santa Catarina, assim como dos cinco municípios pioneiros neste tipo de serviço. Os resultados foram obtidos através de levantamento de dados secundários fornecidos pelo DATASUS. As produções de próteses dentárias dos cinco municípios pioneiros de Chapecó, Lages, Brusque, Joinville e Rio do Sul possibilita a observação de diferenças tanto no quantitativo como nos tipos de próteses confeccionadas, além da descontinuidade deste serviço em dois destes municípios. O local de instalação deste serviço é a atenção secundária (CEO), apesar do monitoramento posterior dos pacientes ter que ser realizado na atenção primária (UBS). A reabilitação bucal de pessoas edêntulas ainda é o meio de facilitar a inserção destas pessoas na sociedade, assim como na melhoria da sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Prótese dentária. Santa Catarina. Edentulismo.

ABSTRACT

Epidemiological surveys carried out in Brazil, in the last decade, about the oral condition of the population reveal high numbers of edentulous people and the need of dental prosthesis. By the year 2004 there was no public health programs offering prosthetic rehabilitation, but with the implementation of public prosthetic laboratories, that became possible. This paper presents the general situation of the dental prosthetics service that the public healthcare system offer in the state of Santa Catarina, as well as of the five cities pioneers in this kind of service. The results were collected through a survey of secondary data. The dental prostheses production of the five pioneer cities, Chapecó, Lages, Brusque, Joinville and Rio do Sul, allows the observation of differences in quantity and type of prostheses produced, This service is placed in secondary care, but the subsequent monitoring of patients need to be done in primary care. The oral rehabilitation of edentulous people is still a good way to facilitate the integration of these people into society, and to improve their life quality.

Keywords: Dental prosthesis. Santa Catarina. Edentulism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Produção de próteses dentárias no município de Chapecó, por ano de produção e tipos de próteses.....	39
Tabela 2 - Produção de próteses dentárias no município de Lages, por ano de produção e tipos de próteses.....	41
Tabela 3 - Produção de próteses dentárias no município de Brusque, por ano de produção e tipos de próteses.....	42
Tabela 4 - Produção de próteses dentárias no município de Joinville, por ano de produção e tipos de próteses.....	43
Tabela 5 - Produção de próteses dentárias no município de Rio do Sul, por ano de produção e tipos de próteses.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC - Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária

MAC - Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SADT - Unidade de Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo Geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
3.1 Edentulismo	27
3.2 Modelos Assistenciais em Saúde Bucal	28
3.3 Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal	31
3.4 A Política Brasil Sorridente e a oferta do serviço de prótese dentária	33
3.4.1 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.....	34
4 METODOLOGIA	37
4.1 Tipo de Pesquisa	37
4.2 Fonte de dados	37
4.3 Critérios de inclusão	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Município de Chapecó	39
5.2 Município de Lages	40
5.3 Município de Brusque	42
5.4 Município de Joinville	43
5.5 Município de Rio do Sul	44
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
6.1 A produção de próteses dentárias	47
6.2 O serviço de prótese dentária	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) implantado no Brasil pela promulgação da Constituição Federal de 1988, contempla cinco artigos destinados à Saúde, sendo que o de n.º 196 estabelece “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Para garantir que os serviços públicos de saúde, além do caráter universal, apresentem atendimento integral aos cidadãos, não se pode limitar que a atenção à saúde fique apenas nos serviços básicos. Assim sendo, o SUS apresenta-se organizado em uma estrutura com diferentes níveis: o primeiro nível na Atenção Básica, o segundo na Atenção Secundária, e o terceiro na Atenção Terciária, estas duas últimas de maiores complexidades.

O primeiro contato do cidadão com este sistema se faz pela Atenção Básica. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, esta é a porta de entrada ao sistema, onde são realizadas ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, e também de assistência e reabilitação, procurando-se a resolução dos problemas de maior frequência e relevância que a população apresenta. Porém, os procedimentos realizados neste primeiro nível nem sempre conseguem resolver os problemas apresentados pelos usuários. Desta forma, o sistema tem a obrigação de garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, com o encaminhamento a outros níveis de atenção a saúde (média e/ou alta complexidade) (BRASIL, 2012).

No que tange a atenção à saúde bucal (ações de promoção, prevenção de agravos, e recuperação) há uma demanda reprimida da população por ações de reabilitação e de manutenção da saúde. As necessidades de uso de próteses dentárias ficam evidentes pelos resultados encontrados em Levantamentos Epidemiológicos coordenados pelo Ministério da Saúde.

O último levantamento realizado no território nacional, conhecido como SB Brasil 2010, apresentou em seu relatório resultados que demonstram que ainda há muito a se fazer para a saúde bucal da população. No que se refere à população infantil, com as políticas públicas adotadas desde o início do século XXI até o presente momento, houve uma queda no índice que mede o ataque da doença cárie às

dentições decidua e permanente (ceo-d e CPO-D). Por exemplo no resultado geral do levantamento brasileiro de 2003, o ceo-d aos 5 anos de idade ficou em 2,80 e o CPO-D aos 12 anos em 2,78. Na comparação com os resultados do levantamento de 2010, pode-se verificar uma pequena redução tanto no ceo-d que ficou em 2,43, como no CPO-D igual a 2,07, demonstrando uma tendência a diminuir ainda mais com o passar do tempo (BRASIL, 2005, 2011b)

No entanto, o levantamento de 2010 trouxe também entre seus dados, resultados preocupantes para as demais faixas etárias, uma vez que na faixa etária de 15 a 19 anos, o CPO-D atinge o patamar de 4,25 dentes comprometidos pela doença cárie; na faixa de 35 a 44 anos o CPO-D chega a 16,75; e na faixa de 65 a 74 anos atinge o valor de 27,53. Ao se analisar os componentes que formam este índice, o componente P que se refere aos dentes que foram extraídos em decorrência do ataque desta doença, computa na faixa de 15 a 19 anos o valor de 0,38, ou seja, em média menos de 1 dente já extraído; na faixa etária de 35 a 44 anos o componente P apresenta uma significância maior com o valor de 7,48 que no levantamento totalizou cerca de 44,7% de dentes extraídos; e na faixa etária de 65 a 74 anos entre os 27,53 dentes afetados, 25,29 se referem aos extraídos, traduzindo em 91,9% do índice (BRASIL, 2011b).

Outro dado apresentado pelo programa SB Brasil 2010 foi o de uso e necessidade de próteses, classificadas pelo Ministério da Saúde em prótese fixa, prótese parcial removível e prótese total. No que se refere especificamente à necessidade de prótese, observa-se na faixa etária de 65 a 74 anos, um percentual de 92,7% dos pesquisados apresentando essa necessidade. Para as demais faixas etárias os resultados são: de 35 a 44 anos, 68,8% dos examinados com necessidade de uso de prótese; e na faixa etária dos 15 aos 19 anos, apenas 13,7% com tal necessidade (Ibidem, 2011b).

Neste mesmo levantamento, em relação aos que fazem uso de algum tipo de prótese, tem-se a seguinte situação: na faixa etária de 65 a 74 anos, o maior uso se situa na arcada superior com 76,5% dos examinados, e na inferior 53,9%. Vale ressaltar que destes valores a prótese total é a que possui maior representatividade, com 63,1% na arcada superior e 37,5% na inferior.

Nas outras faixas etárias pesquisadas, a de 15 a 19 anos constituiu 3,7% na arcada superior e 0,6% na inferior e na de 35 a 44 anos apresentando um aumento significativo de 32,8% para a arcada superior e 10,1% para a inferior.

Estas informações provavelmente levam os gestores públicos a se preocuparem em dar resolutividade para esta demanda, uma vez que a perda dentária causa impactos na vida do cidadão, quer de ordem física, psicológica e social. Para N’Gom e Woda (2002) a causa mais frequente de prejuízos na mastigação é a perda dentária, afetando sobremaneira o tipo de alimentação que estas pessoas passam a adotar. A busca por alimentos mais macios e pastosos, como os industrializados, acaba por provocar nestes consumidores deficiências nutricionais, aumentando o risco do desenvolvimento de novas doenças.

Para Silva et al. (2010), as questões psicológicas também possuem relevância na qualidade de vida das pessoas, principalmente naquelas que não possuem próteses, ou quando usam mas as mesmas apresentam problemas no momento da alimentação ou da comunicação com outras pessoas. Por isso, estes autores entendem que a condição bucal considerada inapropriada frequentemente acaba por gerar preocupação aos indivíduos, como estresse, dificuldade de relaxamento e sentimento de vergonha, influenciando de forma negativa as suas relações sociais e interpessoais, prejudicando conseqüentemente o seu convívio social.

Em virtude da necessidade de parte da população brasileira na utilização de próteses dentárias, em decorrência das conseqüências negativas ocasionadas pela perda dentária, aliado ao fato de que, segundo a Constituição Federal de 1988, a saúde é um dever do Estado e direito da população, o Sistema Único de Saúde introduziu nos seus serviços o oferecimento de próteses dentárias.

Com a instituição da Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, no ano de 2004, estabeleceu-se a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde bucal (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011a).

Também em virtude do Brasil Sorridente, a reabilitação protética passou a ser uma prioridade do Ministério da Saúde, com o incentivo financeiro para que os municípios implantem em suas redes de atenção básica ou especializada, os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (BRASIL, 2004a).

A Portaria nº 1.570/GM em 29 de julho de 2004 define a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), além de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Segundo esta portaria, o LRPD é um estabelecimento com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de

Serviço de Apoio e Diagnóstico Terapêutico (SADT) para realizar, no mínimo, o serviço de prótese total e/ou prótese parcial removível. Porém, o SUS oferece além de próteses totais e parciais removíveis, também próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 2.373 de 7 de outubro de 2009 alterou o sistema de credenciamento dos LRPD, e definiu que qualquer município pode cadastrar laboratórios, independente da base populacional, e o gestor municipal/estadual se preferir pode contratar os serviços de laboratórios particulares, não havendo restrições quanto a natureza jurídica dos mesmos (BRASIL, 2009).

A implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária é um importante passo na tentativa de resolução de um problema que atinge a população brasileira. Nem todos os municípios possuem condições financeiras para a montagem de seus próprios laboratórios, necessitando então utilizar, em sistema de consórcio, laboratórios de municípios mais desenvolvidos socioeconomicamente. Isto pode facilitar a implantação do serviço de próteses à população por parte destes municípios.

Segundo dados disponíveis no site da Coordenação Geral de Saúde Bucal, o Estado de Santa Catarina já apresenta 80 cidades que solicitaram o credenciamento de LRPD. A primeira portaria constante no Diário Oficial da União é a Portaria GM 2375 de 07 de outubro de 2009, que credencia os municípios de Chapecó, Joinville e São Joaquim a estabelecerem laboratórios. O que se pode observar é que com o passar dos anos o número de municípios em Santa Catarina, solicitantes ao credenciamento aos LRPD, cresceu gradualmente. Entre os anos de 2010 e 2011 o aumento não foi significativo, sendo que 13 e 14 municípios respectivamente, realizaram o credenciamento, já no ano de 2012 esse crescimento se torna evidente com o quantitativo de mais 50 municípios (BRASIL, n.d.).

O edentulismo e a necessidade de prótese foi um dos principais problemas em saúde bucal com o qual me deparei diversas vezes durante o período de meu estágio curricular obrigatório nos Centros de Saúde da Rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Florianópolis. Especificamente no Centro de Saúde Prainha, verifiquei durante o atendimento clínico aos pacientes que havia todo o suporte necessário para a realização de procedimentos clínicos odontológicos básicos como profilaxias, raspagem, restaurações e exodontias, porém ficou evidente a alta demanda de pacientes com necessidades de tratamento protético que não pôde ser sanada naquele momento. A

impossibilidade de resolução deste problema de saúde, me fez procurar orientação capaz de me auxiliar a estruturar um trabalho acadêmico com vistas a detectar o atual estágio do Estado de Santa Catarina com relação ao serviço de prótese dentária oferecido pelo SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apresentar uma visão geral da situação do Serviço de Prótese Dentária oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de Santa Catarina.

2.2 Objetivos Específicos

1. Selecionar os cinco (5) municípios pioneiros na implantação do Serviço de Prótese Dentária na rede pública de saúde
2. Descrever por ordem decrescente o processo de implantação deste tipo de Serviço nestes cinco (5) municípios
3. Apresentar e discutir o quantitativo por tipo de próteses confeccionadas entre estes cinco (5) municípios

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Promover saúde significa aumentar a qualidade de vida das pessoas, uma vez que lhes confere a sensação de ausência de dor e cansaço, presença de bem estar e uma autoestima positiva. A saúde bucal, dependendo de como se encontra, pode influenciar de maneira positiva ou negativa estes fatores.

3.1 Edentulismo

A boa saúde bucal melhora a mastigação, o que por sua vez facilita a ingestão e digestão de alimentos, além do fato de facilitar a comunicação entre as pessoas (GUIMARÃES et al., 2005; SILVEIRA NETO et al., 2007).

De acordo com Raitz e Seibert (2006) e Unfer (2006) a perda dentária pode gerar consequências de ordem física e fisiológica, tais como: redução da musculatura da face e deformação facial, dificuldade na fala, deglutição e mastigação, comprometendo o início do processo digestivo.

A perda dentária também pode causar problemas psicológicos. A condição bucal gerada por este tipo de problema pode acabar gerando preocupações, como sentimento de vergonha, dificuldade de relaxamento e estresse, o que acaba prejudicando as relações interpessoais e o convívio social do indivíduo (SILVA, 2010). Para Unfer (2006) a preocupação é ainda maior quando a perda dentária se faz mais evidente em uma região estética.

O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas no Brasil, propiciou um contingente de idosos que apresentam necessidades para a sua saúde geral e especificamente para a saúde bucal. O edentulismo ocorrido de maneira precoce nessa geração tem trazido ao longo do tempo problemas quanto ao processo mastigatório que acabam por propiciar deficiências nutricionais, dor, desconforto bucal, incapacidade de bem alimentar-se e de comunicação, culminando em uma autoestima negativa (OLIVEIRA, 2010).

O edentulismo é designado para caracterizar o grau elevado de perdas dentárias decorrentes de doenças bucais (cárie e doença periodontal) ou por traumatismos dentários. Não se trata de uma doença e sim de um agravo a saúde. Os fatores que contribuem para a sua instalação são segundo Oliveira (2006), o nível de gravidade das

doenças bucais que em sua trajetória acabou por inviabilizar qualquer tipo de tratamento, quer seja restaurador ou de fixação do dente nas arcadas; o modelo de prática odontológica hegemônico, quer se refira ao acesso aos serviços odontológicos públicos ou privados e também ao conjunto de tecnologias disponíveis; e as características culturais da população, uma vez que remete ao modo como a perda dentária é assimilada.

Para Medeiros (2007), além dos fatores listados acima, há também forte influência de outros fatores de risco que podem estar relacionados à perda dentária, como a idade, gênero, nível educacional, fatores culturais e religiosos, fumo e consumo de álcool.

Segundo Medeiros et al. (2012), o edentulismo não pode ser visto socialmente como um processo natural do envelhecimento e sim como consequência de doenças como a carie e doença periodontal, associada a ausência de programas e políticas públicas com ações preventivas e reabilitadoras para populações adulta e idosa. Para estes autores este panorama pode estar associado a uma herança do modelo assistencial que era praticado pela odontologia, em que o atendimento era focado em práticas restritamente curadoras, resultando em ações mutiladoras.

O edentulismo caracteriza uma situação geral atual na população adulta e idosa brasileira, fruto de uma herança de um modelo assistencial focado em práticas curativas e mutiladoras, culminado na ausência de dentes e uma alta demanda por acesso a serviços odontológicos (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, está dirigida em suas ações para possibilitar mudanças reais no que diz respeito a questão do edentulismo, na busca da melhora da qualidade de vida por parte da população brasileira. A instituição da oferta do serviço de próteses dentária em todo o território nacional é a uma prova desta constatação.

3.2 Modelos Assistenciais em Saúde Bucal

A oferta de serviços de saúde estatais no território brasileiro teve início nos primeiros anos do século XX, com o denominado modelo de Saúde Pública ou também conhecido como “Sanitarismo Campanhista”, que foram predominantes até meados deste século. A sua criação se deu como resposta as demandas do modelo econômico

agroexportador que era afetado pelas constantes epidemias e falta de estrutura sanitária em volta dos portos e ferrovias (MENDES, 1993).

Com o desenvolvimento industrial se consolidando, houve também o crescimento acelerado das cidades. Com isso, a partir da segunda metade do século XX, passou a configurar-se uma nova modalidade assistencial em saúde, passando a se denominar Modelo Previdenciário, denominado por Mendes (1993) como Modelo Médico-Assistencial-Privatista.

Ao longo do século XX, o Brasil basicamente conviveu com estes dois modelos assistenciais, o de Saúde Pública de responsabilidade do Ministério da Saúde e dirigido às camadas mais pobres da população, e o modelo previdenciário, com enfoque nas ações de caráter curativo/assistencial para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social (RONCALLI, ARAÚJO, 2004).

Para Paim (2003), o modelo previdenciário era pernicioso uma vez que reforçava a atitude das pessoas trabalhadoras a só procurar os serviços de saúde quando estivessem doentes, ou seja:

“As preocupações das instituições de saúde restringem-se a manter em funcionamento uma dada oferta de atendimento. É a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta. Outras vezes é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determinaria o consumo de serviços médicos”.

Estes dois modelos assistenciais não conseguiram resolver as necessidades de saúde da população brasileira, uma vez que não reduziam a morbimortalidade e o absenteísmo no trabalho, além de serem de alto custo pela incorporação crescente de tecnologias e necessidade de especialização profissional, aliado ao fato de provocarem iatrogenia e negar a influência dos fatores sociais na determinação das doenças (RONCALLI, ARAÚJO, 2004).

O resultado desta contestação é a crescente discussão sobre uma nova proposta que fosse capaz de ter resolubilidade e acesso universal. A constituição promulgada em 1988 trouxe em seu bojo cinco artigos específicos para tratar a questão da saúde no território brasileiro. Para

atender os princípios constitucionais de universalidade e equidade cria-se então o Sistema Único de Saúde – SUS.

O SUS é um sistema em constante implementação, com aprimoramentos não só na atenção a saúde, mas também na capacitação permanente dos trabalhadores em saúde.

A partir de 1994 o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família (PSF) como a tendência estruturante da atenção básica.

Em relação à saúde bucal, de acordo com Medeiros Junior (2004), no Brasil a prática odontológica tem determinações da ideologia do Estado, do desenvolvimento econômico, da organização do governo, do nível de educação da população, assim como da cultura e tradições populares que regulam a instituição de hábitos em relação à alimentação e a higiene pessoal.

Para este mesmo autor, as fortes influências provenientes de países mais desenvolvidos acabaram por moldar o processo de formação de cirurgiões-dentistas no território nacional, com forte ênfase no aprofundamento técnico científico, com a tendência em proporcionar uma forte atenção especializada para os setores mais privilegiados socioeconômicos da sociedade brasileira, tornando-se com isto elitista e excludente, dissociado das necessidades da maioria da população (MEDEIROS JUNIOR, 2004).

Segundo Garrafa e Moysés (1996), tratava-se de uma Odontologia tecnicamente elogiável, mas cientificamente discutível por não possibilitar a expansão de atendimento à maioria da população, e socialmente caótica, uma vez que a assistência odontológica não conseguia causar um impacto social positivo.

A inclusão da equipe de saúde bucal como parte do Programa Saúde da Família (PSF) foi definida pela Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, com vistas à reorganização da atenção básica odontológica no SUS.

Porém, só em 2004 o Ministério da Saúde publicou a sua Política Nacional de Saúde Bucal, com diretrizes capazes de proporcionar um novo processo de trabalho, tendo como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004).

Com a expansão do conceito de atenção básica e do aumento da oferta de diversidades de procedimentos, investimentos se fizeram necessários tanto para atenção básica quanto para os níveis secundários e terciários. Para a atenção especializada em saúde bucal foram implantados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), como

unidades de referências para as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família.

3.3 Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal

O primeiro levantamento em saúde bucal no território nacional só foi realizado pelo Ministério da Saúde em 1986, e seus resultados foram divulgados somente em 1988 pela Divisão Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. Para a realização do levantamento foram utilizados os grupos etários e idades índices preconizados na época pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nas faixas etárias de 6 a 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. A opção do Ministério da Saúde quanto ao grupo de idosos não foi a preconizada, sendo então substituída pela faixa de 50 a 59 anos de idade, em virtude da esperança de vida no Brasil ser na época de 65,5 anos para as mulheres e 61,3 anos para os homens. Além disso, também não foi considerada no estudo a idade de 5 anos, referencia em dentição decídua para o ataque da doença cárie e que serviria para o comparativo com as metas da OMS para o ano 2000 (OLIVEIRA, 2006).

Entre os dados deste levantamento de 1986 o CPO-D aos 12 anos ficou em 6,65 caracterizado como prevalência muito alta pela escala da OMS. Nas demais faixas etárias foi constatado um alto índice CPO-D, com poucas diferenças em relação à renda e com o aumento da idade esta diferença praticamente desaparecia. No que tange ao edentulismo, os resultados demonstraram a forte influência do modelo odontológico cirúrgico-restaurador oferecido a população pelos cirurgiões dentistas brasileiros. Aproximadamente um terço da população na faixa etária de 50 a 59 anos possuía prótese total em ambas as arcadas (Ibidem, 2006).

Um novo levantamento foi realizado em 1996, coordenado também pelo Ministério da Saúde. Os dados encontrados não foram publicados, mas sim disponibilizados na internet no DATASUS, órgão que agrega as informações do MS. O CPO-D aos 12 anos em relação a 1986 teve um declínio, uma vez que ficou em 3,06 bem próximo da meta da OMS para o ano 2000 que era de no máximo 3,0. Em 2003, o MS efetuou mais um levantamento em nível nacional denominado Projeto SB Brasil, onde ficou evidente a diminuição da prevalência da doença cárie na população infantil, com o CPO-D aos 12 anos atingindo o valor de 2,8. Neste levantamento o ceo-d aos cinco anos mostrou que 40,62% das crianças apresentavam o ceo-d igual a zero, percentual que

não atingia as metas da OMS para o ano de 2000 que era de 50% das crianças aos cinco anos livres de cárie. Nas faixas de idades mais avançadas a situação quanto às pessoas livres de cárie era bem pior, pois só 0,52% das pessoas, tanto nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos, apresentavam CPO-D igual a zero, uma vez que no comparativo com as metas da OMS para o ano 2000 eram de 75% das pessoas entre 35 e 44 anos com 20 ou mais dentes na boca e entre 65 a 74 anos com 50% com esta mesma quantidade (Ibidem, 2006).

O real significado destes dados, de acordo com Oliveira (2006), é que o quadro era preocupante na época, uma vez que as estimativas ao se considerar a população brasileira de 2003 remetia a cerca de um milhão e quarenta e quatro mil pessoas entre 35 a 74 anos totalmente edêntulas e sem uso de prótese total. Ao se somar os dois milhões e seis mil pessoas com necessidade de prótese total em uma das arcadas, configurava-se um quantitativo de mais de quatro milhões de adultos e idosos com necessidade de reposição da sua dentição permanente perdida.

Para este mesmo autor, no que diz respeito ao uso e necessidade de outros tipos de próteses dentárias, principalmente as parciais, o levantamento de 2003 traz os seguintes dados: na faixa entre 35 e 44 anos 48,31% dos pesquisados faziam uso de algum tipo de prótese na arcada superior, enquanto na inferior o percentual era de 15,53%. Já para as idades entre 65 e 74 anos, os dados respectivamente eram 66,54% e 42,57%. Ao se analisar especificamente o uso de prótese fixa e removível, o quadro apresentado era: entre 35 a 44 anos com 3,19% usando 1 prótese fixa na arcada superior e 0,93% na inferior, e mais de 1 prótese fixa com parcial removível os percentuais atingindo 1,45% superior e 0,70% na inferior. Levando-se em conta esta sequência para as idades entre 65 e 74 anos, tinha-se: 1,87% e 1,09%, 0,54% e 0,30% respectivamente.

Quando se depara somente com a necessidade de prótese dentária os dados explicitam para os idosos um quadro bem preocupante, uma vez que 32,4% necessitavam de algum tipo de prótese na arcada superior e 56,06% na inferior. Se for considerada a necessidade com a combinação de próteses, os percentuais para esta faixa etária eram de 8,97% para a arcada superior e 17,81% para a inferior. Em síntese, os dados permitem a afirmação de que neste levantamento entre os adultos a maior parcela usa prótese total (29%), seguida de 22,9% para prótese parcial removível, e nos idosos 65,5% usam próteses superiores, sendo que 57,9% são do tipo total.

A conclusão em que Oliveira (2006) chega é de que as perdas dentárias nesta população se iniciaram muito cedo e a solução deste problema não se efetivou ao logo do tempo. Os levantamentos também mostram que dependendo do componente do CPO-D, em determinadas épocas, o aumento foi maior no elemento P (extraídos) do que no elemento O (restaurados). Para o autor, este quadro só reafirma que esta condição representa forte relação com as condições socioeconômicas destas pessoas.

3.4 A Política Brasil Sorridente e a oferta do serviço de prótese dentária

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram instituídos pela Portaria n.º 1.571/GM de 29 de julho de 2004, com o objetivo de ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados. Constituem-se como unidades de referência para a Atenção Básica, ofertando os serviços de periodontia especializada, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, diagnóstico bucal com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros.

Convém se destacar que a Portaria 74/GM de 20 de janeiro de 2004, possibilitou a inclusão na Atenção Básica dos procedimentos de moldagem e fornecimento de prótese dentária, que podem ser confeccionadas nas Unidades Básicas de Saúde, mas que em sua maioria são confeccionadas nos CEO (BRASIL, 2006a).

Na Política Nacional de Saúde Bucal esta prevista a ampliação e qualificação da Atenção Básica, onde se encontra estabelecido a inclusão da reabilitação protética, ou seja, a fase clínica da instalação de próteses dentárias, na tentativa de superar o quadro atual no qual os procedimentos relativos a este serviço se encontram inseridos nos serviços especializados, não estando disponíveis para a maioria da população (BRASIL, 2004a).

Para apoiar a confecção de próteses, o Governo Federal instituiu o repasse financeiro aos municípios para a instalação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

3.4.1 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

Até o ano de 2003 o Brasil não apresentava nenhuma política de saúde pública que contemplasse a reabilitação oral, mesmo sabendo-se que esta é a solução para um problema que afeta a vida de grande parte da população nacional. Porém em 2004, com a implantação do Brasil Sorridente, foi lançada a Política Nacional de Atenção a Saúde Bucal. No texto ressalta-se como uma das ações a ser adotada a “Ampliação e Qualificação da Atenção Básica”, que é subdividida nos seguintes grupos: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, ampliação do acesso, e inclusão da reabilitação protética (BRASIL, 2004).

Em relação à reabilitação protética, o Ministério da Saúde acenou com a possibilidade de proporcionar o suporte necessário, tanto técnico (capacitando Técnicos em Prótese Dentária e Auxiliares de Prótese Dentária), quanto financeiro na instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, culminando então com a confecção de próteses (BRASIL, 2004a).

Depois disto, a primeira citação a procedimentos envolvidos na confecção de próteses dentárias é observada na Portaria n.º 74 de 20 de janeiro de 2004, na qual os artigos 4 e 5 proporcionam incentivos financeiros para a compra de materiais odontológicos utilizados na confecção de próteses (BRASIL, 2004c).

Em 29 de julho de 2004, a Portaria n.º 1.571/GM foi a primeira a estabelecer normas, critérios e requisitos para a implantação de Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ela definiu o LRPD como um estabelecimento de saúde registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Unidade de Saúde de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), que deve realizar no mínimo os serviços de prótese dentária total e parcial removível. Estabeleceu que o LRPD pudesse ser de qualquer natureza jurídica, e seu credenciamento dependia da base populacional da região ou microrregião de saúde. Regiões com menos de 500 mil habitantes poderiam receber um LRPD, e regiões com mais de 500 mil habitantes mais de um (BRASIL, 2004b).

Porém essa definição de credenciamento, tomando-se como base o número de habitantes, foi substituída pela Portaria n.º 599/GM de 23 de março de 2006, quando foi estabelecido que o credenciamento de

LRPDs não precisaria mais se ater a base populacional (BRASIL, 2006b).

Segundo o manual da APAC (Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade), os LRPDs podem oferecer somente o serviço de produção de próteses e ser classificados como isolados, ou podem estar inseridos em uma instituição de saúde, como Unidades de Saúde, Policlínica, Hospital, CEOs, e ser classificados como serviço especializado da instituição em questão (BRASIL, 2006c).

A responsabilidade da atenção aos pacientes com necessidades protéticas pode ser tanto da atenção básica quanto da secundária. Em municípios cuja atenção básica não prevê a reabilitação protética, o paciente deve ser encaminhado para o serviço especializado (BRASIL, 2008).

O monitoramento da média de instalações de próteses dentárias é realizado via cálculo descrito no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A partir do cálculo observa-se o número de instalações de próteses dentárias implantadas em relação ao total estimado da população que necessita do tratamento reabilitador. O cálculo se faz com a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de instalações realizadas pela equipe de saúde bucal em determinado local e período}}{\text{População cadastrada em determinado local e período} \times 0,03}$$

O fator de multiplicação 0,03 se deve aos dados do SB Brasil 2010 que constataram que pelo menos 3% da população necessita de prótese total em ao menos um maxilar.

Este indicador permite visualizar quanto da demanda de reabilitação de prótese dentária está sendo atendida, como também, pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações de reabilitação protética realizadas ou acompanhadas pela equipe de saúde bucal.

O financiamento por parte do Ministério da Saúde aos municípios, leva em conta o tipo e quantitativo de próteses confeccionadas a cada mês, estando incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). Por exemplo: o teto para até 50 próteses fica em torno de R\$ 7.500,00, sendo acrescido conforme a produção mensal do município, podendo chegar a R\$ 22.500,00 no caso de mais de 120 próteses dentárias (BRASIL, 2013).

A distribuição dos recursos é baseada em avaliações trimestrais das informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS) (BRASIL, 2013).

No caso do Estado de Santa Catarina, o primeiro Laboratório Regional de Prótese Dentária foi instalado no município de Chapecó, no oeste do Estado, através da Portaria n.º 2.375/ GM, de 07 de outubro de 2009. Depois de Chapecó, até a presente data, mais 79 municípios realizaram a solicitação e receberam a autorização para financiamento de um LRPD (BRASIL, n.d.).

Convém lembrar que alguns municípios iniciaram a oferta de próteses dentárias antes mesmo de se cadastrarem para a implantação de um LRPD dentro de seu território, comprando serviços de municípios vizinhos ou até de laboratório da rede privada, assim como outros que iniciaram o serviço de confecção de próteses e não efetuaram a sua continuidade.

4 METODOLOGIA

Para a descrição do percurso metodológico deste trabalho, o mesmo foi organizado em subtópicos, para facilitar a sua leitura e compreensão.

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de características não experimental, modelo transversal, já que se refere a um ponto único no tempo em que se faz o levantamento dos dados. Este ponto único no tempo pode representar dias, semanas, meses e até ano, para se coleccionar as observações. O interesse do modelo transversal está centrado na situação e na circunstância contemporânea ao momento da pesquisa (OLIVEIRA, 1995).

4.2 Fonte de dados

O presente levantamento está baseado em dados de carácter secundário, utilizando-se as informações constantes do Departamento de Informática do SUS - DATASUS.

O DATASUS se constitui em um programa de informática que tem como principal objetivo registrar e disponibilizar dados dos municípios relacionados à produção de suas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A importância deste sistema é que possibilita aos gestores públicos tomar ciência de dados que permitem o conhecimento da situação sanitária de sua região, a tomada de decisão quanto aos problemas detectados e a elaboração de programas de ação que respondam a resolução dos mesmos.

A obtenção dos dados foi realizada pela internet no endereço eletrônico www.datasus.gov.br, no período de janeiro a fevereiro de 2013.

No sistema informatizado, foi utilizado o item chamado “Assistência a Saúde”. Nele, as opções “Produção Ambulatorial, por local de atendimento – a partir de 2008” e “Produção Ambulatorial – de 1994 a 2007” foram selecionadas, levando-se em consideração apenas o Estado de Santa Catarina.

4.3 Critérios de inclusão

O ponto de início deste levantamento foi o de primeiro considerar o ano em que se deu o primeiro registro no DATASUS, de dados relacionados ao fornecimento de prótese dentária no Estado de Santa Catarina. Os primeiros registros datam do ano de 2005.

O segundo passo foi detectar entre os municípios qual foi o primeiro a fazer tal registro. A partir deste ponto, selecionou-se em ordem decrescente os demais 4 municípios que fazem parte do levantamento.

O primeiro município catarinense a registrar os dados no DATASUS com relação ao serviço de prótese dentária foi o de Chapecó, sendo acompanhado por ordem decrescente dos municípios de Lages, Brusque, Joinville e Rio do Sul.

Na página da produção ambulatorial, para o acesso aos dados, as seguintes categorias foram selecionadas com os respectivos itens:

1. Conteúdo: quantidade apresentada.
2. Períodos disponíveis: Selecionou-se para a visão geral, o ano de início do registro de produção em cada município, até o mês de dezembro de 2012.
3. Município: Considerou-se os 5 primeiros municípios que apresentam registro de produção de próteses dentárias no DATASUS. A produção de cada município foi levantada separadamente.
4. Procedimento: para o levantamento foram incluídas neste trabalho as seguintes próteses fornecidas pelo SUS: total mandibular, total maxilar, parcial mandibular removível, parcial maxilar removível, e próteses coronárias/intra-radulares fixas/adesivas (por elemento).

Convém se destacar que as próteses coronárias/intra-radulares fixas/adesivas só foram confeccionadas em um destes 5 municípios, e só a partir do ano de 2009.

Os dados foram então registrados em tabelas para melhor visualização e compreensão.

5 RESULTADOS

5.1 Município de Chapecó

Chapecó é um município localizado na Região Oeste do Estado de Santa Catarina, apresentando uma população de 183.530 habitantes, segundo dados do Censo IBGE 2010. Apesar da portaria de cadastramento no programa de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, ter se dado no mês de outubro de 2009, o registro da produção de próteses neste município data do ano de 2005, ou seja, antes de realizar o cadastramento no programa, portanto uma iniciativa isolada do governo local.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), o sistema de Atenção Básica de Chapecó conta com 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém a produção protética não é realizada nas mesmas, e sim no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do município.

Tabela 1 - Produção de próteses dentárias no município de Chapecó, por ano de produção e tipos de próteses.

<i>Chapecó</i>	<i>Prótese Total Maxilar</i>	<i>Prótese Total Mandibular</i>	<i>Prótese Parcial Maxilar</i>	<i>Prótese Parcial Mandibular</i>	<i>Próteses Coronárias/ Intra-radiculares/ Adesivas</i>	Total
2005	544	512	35	118	...	1.209
2006	1.049	562	162	439	...	2.212
2007	1.137	566	187	519	...	2.409
2008	1.391	750	281	699	-	3.121
2009	2.548	1.279	712	1.268	-	5.807
2010	2.790	1.365	432	1.007	-	5.594
2011	1.875	947	379	813	-	4.014
2012	2.005	994	433	886	-	4.318
Total	13.339	6.975	2.621	5.749	-	28.684

Fonte: DATASUS - www.datasus.gov.br

Como se pode observar, nos oito anos de oferecimento do serviço de prótese, o município até dezembro de 2012 totaliza um montante de 28.684 próteses dentárias produzidas. Dentre os tipos de próteses confeccionadas, este município produziu próteses totais e removíveis, distribuídas pelas arcadas superior e inferior. Menor produção deu-se no ano de 2005, com o total de 1209 próteses, o que é perfeitamente justificável, uma vez que este serviço estava sendo implantado e necessitava de todo um fluxo para selecionar os pacientes que receberiam as próteses, pacientes estes provenientes dos diversos bairros desta cidade. Já para os anos seguintes se observa um aumento gradativo até o ano de 2010 (5.594), havendo um declínio nos anos de 2011 (4.014) e 2012 (4.318).

No ano em que foi realizado o cadastramento do LRPD (2009), observa-se um aumento significativo na média da produção total anual, quando comparado com os anos anteriores, uma vez que se saltou de 3.121 próteses em 2008 para 5.804 próteses dentárias.

Quando comparamos a produção entre os tipos de próteses, observa-se um maior montante da prótese total. Nos oito anos de funcionamento do serviço foram produzidas 20.314 próteses totais, representando 70,82% do total, enquanto que a produção de próteses parciais foi de 8.370 (29,18%).

Quanto à divisão das próteses por arcada, nota-se uma maior produção de próteses maxilares que totalizam 15.960 (55,6%), em comparação às mandibulares que somam 12.724 próteses (44,4%).

Quando se detém a análise sobre as próteses maxilares verifica-se que a maior representatividade se encontra na prótese total com 83,6% da produção, atingindo a prótese parcial 16,4%. O mesmo ocorre com as próteses mandibulares, com a total representando 54,8% e a parcial 45,2%.

O município não computa dados de produção de próteses coronárias/ intra-radulares/adesivas.

5.2 Município de Lages

Lages é o segundo município catarinense a apresentar registros de produção de próteses dentárias no sistema público de saúde. O início se deu por uma iniciativa isolada do governo municipal, uma vez que a computação dos dados no DATASUS se fez no mês de junho de 2006, quatro anos antes do cadastramento desta cidade no sistema de LRPD.

Este município possui 161.583 habitantes, segundo o Censo IBGE 2010, e localiza-se na região Serrana do Estado de Santa Catarina. Nos sete anos em que o sistema público ofereceu este serviço, o município já contabiliza uma produção total de 4.136 próteses dentárias.

No sistema de Atenção Básica o município conta com o total de 28 UBS, segundo dados do CNES, porém da mesma forma que Chapecó o serviço de prótese dentária também fica sob a responsabilidade do Centro de Especialidades Odontológicas municipal.

Tabela 2 - Produção de próteses dentárias no município de Lages, por ano de produção e tipos de próteses.

<i>Lages</i>	<i>Prótese Total Maxilar</i>	<i>Prótese Total Mandibular</i>	<i>Prótese Parcial Maxilar</i>	<i>Prótese Parcial Mandibular</i>	<i>Próteses Coronárias/ Intra-radiculares/ Adesivas</i>	Total
2006	334	220	-	-	...	554
2007	102	60	-	-	...	162
2008	754	627	-	-	-	1.381
2009	16	12	1	-	-	29
2010	310	225	-	-	-	535
2011	469	335	-	-	-	804
2012	403	268	-	-	-	671
Total	2.388	1.747	1	-	-	4.136

Fonte: DATASUS - www.datasus.gov.br

Nos dados computados observa-se a concentração da confecção de próteses do tipo total, com apenas um registro de prótese parcial maxilar, enquanto que não há dados relativos a produção de próteses parcial mandibular e coronárias/intrarradiculares/adesivas.

No que diz respeito às próteses totais, este município a exemplo da cidade de Chapecó, também produziu a maioria das próteses na arcada superior totalizando 2.388 próteses que perfazem 57,73% do total da produção, ficando a prótese total maxilar com 1.747 (42,23%) próteses produzidas.

Apesar de ser um número inexpressivo, não se pode deixar de mencionar que no ano de 2009 o município confeccionou 1 (uma) prótese parcial removível para a arcada superior de um paciente, pois isto por si só já demonstra que esta possibilidade pode ser ampliada para os anos futuros.

5.3 Município de Brusque

O município de Brusque, localizado no Vale do Itajaí, apresenta uma população de 105.503 habitantes. Apesar de não ter solicitado o cadastramento no sistema de Laboratório Regional de Prótese Dentária oferecido pelo SUS, apresenta registro de produção de prótese dentária no DATASUS no ano de 2006.

A estrutura municipal de saúde bucal da atenção básica é constituída por 25 UBS e 1 CEO, porém, segundo o CNES, a produção protética não esta prevista para nenhuma dessas unidades.

Tabela 3 - Produção de próteses dentárias no município de Brusque, por ano de produção e tipos de próteses.

<i>Brusque</i>	<i>Prótese Total Maxilar</i>	<i>Prótese Total Mandibular</i>	<i>Prótese Parcial Maxilar</i>	<i>Prótese Parcial Mandibular</i>	<i>Próteses Coronárias/ Intra-radiculares/ Adesivas</i>	Total
2006	76	146	-	-	...	222
2007	-	-	-	-	...	-
2008	-	-	-	-	-	-
2009	-	-	-	-	-	-
2010	-	-	-	-	-	-
2011	-	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	-	-	-
Total	76	146	-	-	-	222

Fonte: DATASUS - www.datasus.gov.br

Os dados referentes ao ano de 2006 apontam que apenas 222 próteses totais foram confeccionadas, não havendo registros da produção de outros tipos de próteses, assim como da produção em outros anos. Do total produzido, 76 (34,23%) próteses totais foram maxilares e 146 (65,77%) mandibulares.

O que chama a atenção no sistema de registro é que a totalidade foi produzida no mês de outubro de 2006, não havendo registros de produção após esta data. Assim como o fato de que as UBS e o CEO de Brusque não estão cadastrados no CNES para oferecer o serviço de próteses, não havendo registros de onde as mesmas foram produzidas no ano de 2006.

5.4 Município de Joinville

Joinville é o município mais populoso do estado de Santa Catarina, com 515.288 habitantes, estando localizado na região Norte do Estado.

Este município possui em sua rede de saúde 57 UBS e 2 CEO para dar atendimento à população em termos de saúde bucal. Segundo o CNES, está prevista a oferta de prótese dentária por apenas um dos CEO, sendo que as UBS e o outro CEO não executam este tipo de atendimento.

Tabela 4 - Produção de próteses dentárias no município de Joinville, por ano de produção e tipos de próteses.

<i>Joinville</i>	<i>Prótese Total Maxilar</i>	<i>Prótese Total Mandi- bular</i>	<i>Prótese Parcial Maxilar</i>	<i>Prótese Parcial Mandi- bular</i>	<i>Próteses Coronária/ Intra- radiculares/ Adesivas</i>	Total
2009	-	-	-	-	858	858
2010	-	-	-	-	295	295
2011	-	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	-	-	-
Total	-	-	-	-	1.153	1.153

Fonte: DATASUS - www.datasus.gov.br

Apesar da Portaria de credenciamento do município ao LRPD datar do mês de outubro de 2009, o registro de produção de prótese iniciou no mês de abril do mesmo ano.

Segundo os dados computados, o registro de produção se situa apenas nas próteses coronárias/intra-radulares/adesivas, não havendo registros para os demais tipos de próteses. Os anos de produção se concentram apenas em 2009 com 858 próteses e 2010 com 295 próteses. Dois fatos chamam a atenção: a produção decaiu em 65,7% do primeiro para o segundo ano, assim como o serviço foi extinto, um retrocesso em termos de saúde pública.

5.5 Município de Rio do Sul

Localizado na região do Vale do Itajaí, o município de Rio do Sul apresenta uma população de 61.198 habitantes. A sua rede municipal de saúde conta com 13 UBS e 1 CEO. Segundo o CNES, a produção de próteses dentárias está prevista para o CEO e não para a Atenção Básica.

A portaria de credenciamento ao LRPD data do mês de abril de 2010, e o registro das próteses produzidas de junho do mesmo ano. Nestes últimos três anos em que o sistema vem sendo oferecido computa-se um total de 596 próteses.

Tabela 5 - Produção de próteses dentárias no município de Rio do Sul, por ano de produção e tipos de próteses.

<i>Rio do Sul</i>	<i>Prótese Total Maxilar</i>	<i>Prótese Total Mandibular</i>	<i>Prótese Parcial Maxilar</i>	<i>Prótese Parcial Mandibular</i>	<i>Próteses Coronárias/ Intra-radiculares/ Adesivas</i>	Total
2010	72	54	11	32	-	169
2011	107	65	12	30	-	214
2012	116	66	12	19	-	213
Total	295	185	35	81	-	596

Fonte: DATASUS - www.datasus.gov.br

Comparando a produção entre os tipos de próteses, observa-se um maior montante na prótese total, pois nestes três anos do sistema foram produzidas 480 próteses totais, representando 80,53% do total produzido, enquanto que a produção de próteses parciais foi de 116, o que equivale a 19,47% da produção.

Quando se compara a produção por arcada, observa-se maior número de próteses maxilares com a soma de 330, representando 55,4% do total produzido, ficando as mandibulares com 266 (44,6%) do total geral.

Entre as maxilares, a prótese que apresenta maior representatividade é a total com 89,4%, tendo a parcial 10,6%. As próteses mandibulares também apresentam a total com maior número representando 69,5%, enquanto a parcial apresenta 30,5%.

Em relação específica às 116 próteses parciais, as 81 próteses mandibulares representam 69,8% do total geral, ficando as 35 maxilares com 40,2 % da produção.

Este município a exemplo dos demais, excetuando-se o de Joinville, também não apresenta registros de produção de próteses coronárias/intra-radulares/adesivas.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise das possíveis interpretações sobre os resultados já apresentados no capítulo anterior foram feitas à luz de referencial teórico e compõem o texto deste novo capítulo.

6.1 A produção de próteses dentárias

Os cinco (5) municípios pioneiros no serviço de prótese dentária no serviço público do Estado de Santa Catarina apresentam diferentes panoramas quanto à produção protética, quando observados os dados levantados. Chapecó é o município com maior produção, com 28.684 próteses, seguido de Lages (4.136), Joinville (1.153), Rio do Sul (596) e Brusque (222).

Quando se analisa a produção total apresentada, nota-se em primeiro lugar uma maior produção de próteses maxilares em relação às mandibulares. No município de Chapecó, as próteses maxilares representam 55,6% do total, enquanto as mandibulares 44,4%. O mesmo ocorre em Rio do Sul, 55,4% para as maxilares e 44,6% para as mandibulares e Lages, 57,7% maxilares e 42,3% mandibulares. Estes dados corroboram o estudo de Mesas et al (2006), em que foi verificada a condição dental, periodontal, e o uso e necessidade de prótese dentária em 267 idosos, no qual se encontrou um uso de próteses superiores maior do que de próteses inferiores. Quando do exame clínico, os autores verificaram que 73,8% dos idosos usavam algum tipo de prótese na maxila e de 49,1% na mandíbula. Porém, a necessidade de uso de prótese foi constatada ser maior na arcada inferior (45,7%) quando comparada com a arcada superior (19,1%).

No que diz respeito o tipo de prótese e arcada dentária, observa-se no presente trabalho uma maior produção de próteses totais tanto na maxila quanto na mandíbula. No município de Chapecó, quando se observa o total de próteses maxilares, o maior percentual é o da prótese total com 83,6%, enquanto a parcial representa 16,4%. Nas mandibulares, a prótese total representa 54,8% e a prótese parcial 45,2%. O mesmo ocorre em Rio do Sul, onde, na maxila, as próteses totais representam 89,4%, e as parciais 10,6, e na mandíbula, as totais 69,5% e as parciais 30,5%.

Na literatura é possível encontrar vários estudos que levantaram o uso e a necessidade do uso de prótese, segundo o tipo e arcada dentária. Dentre estes, o de Cardoso et al (2011) foi realizado com 667 idosos no qual detectaram que 87,8% usavam prótese maxilar, sendo que em relação ao tipo de prótese a maior concentração (79,2%) se deu na prótese total, ficando as próteses parcial ou unitária com 8,6% dos pesquisados. Na mandíbula, 53,4% dos idosos usavam prótese, sendo que 37,1% são representados pela prótese total, e 16,3% pela parcial ou unitária. Quanto à necessidade de uso de prótese, o tipo total também apresentava maior representatividade, com 42,6% na maxila e 34,7% na mandíbula.

Outra pesquisa referente ao uso e necessidade de prótese dentária foi realizada no município de Itajaí, Santa Catarina, no ano de 2009 com 196 pessoas, sendo que as arcadas foram avaliadas separadamente. Observou-se que 74,0% dos examinados usavam algum tipo de prótese dentária na maxila, com a prótese total alcançando 60,2% destes examinados. Na mandíbula, o percentual de uso foi menor (42,9%), com a prótese total atingindo 26,5% destes pesquisados. Quanto à necessidade de uso de prótese, observou-se maior porcentagem na mandíbula (82,1%) do que na maxila (63,3%), e em ambas as arcadas a prótese total é a maior representante (CRISPIM, 2009).

Independente da localização da prótese, quer seja na maxila ou na mandíbula, o edentulismo total ainda mostra-se como um grande problema de saúde bucal de parte da população brasileira. Os fatores que provavelmente contribuíram para este quadro podem estar desde a falta de cuidados que as pessoas tiveram ao longo de sua vida com a saúde bucal, como a falta de informações suficientes para a manutenção de sua saúde, às condições econômicas para a aquisição de materiais de higiene bucal, assim como ao acesso à assistência odontológica tanto na rede privada como na rede pública, e ao modelo de odontologia existente no país durante seus anos de vida. Desta forma, evidencia-se assim, a importância do sistema de saúde como condutor das ações preventivas para a melhoria da saúde bucal da população.

A reabilitação protética pode influenciar em diversos aspectos, melhorando a qualidade de vida da pessoa com perdas dentárias. Uma delas é a melhora na autoestima e nas relações com outras pessoas. Em estudo de Pesquero (2005), foram avaliadas as percepções de 82 pessoas que faziam uso de prótese dentária e destas, 81,6% relataram que o uso de próteses satisfatórias influenciou positivamente sua autoestima.

N'Gon e Woda (2002) ressaltam que a reabilitação protética pode melhorar a capacidade mastigatória, que se encontra deficiente

pela falta de elementos dentais ou uso de próteses mal adaptadas levando a deficiências nutricionais e problemas de saúde geral.

Em relação às próteses coronárias/intra-radulares/adesivas, o único município a ofertar tal serviço aos usuários do SUS no Estado de Santa Catarina é o de Joinville. Durante os anos de 2009 e 2010 foram produzidas 1.153 próteses. Em estudo de Colussi e colaboradores (2004), foi pesquisada a prevalência do edentulismo e o uso e necessidade de prótese em 277 idosos, em que o uso de prótese fixa na maxila foi encontrado em 1,1% dos examinados, enquanto que na mandíbula em 0,4%. A necessidade da prótese na maxila e mandíbula foi de 1,1% e 0,7% respectivamente.

Já no estudo de Crispim et al (2009), nos 196 idosos examinados, foi encontrado que o uso de uma prótese fixa maxilar equivale a 3,1%, e mandibular a 1,0%, enquanto que o uso de mais de uma prótese fixa é de 2,5% na maxila e 1,5% na mandíbula.

6.2 O serviço de prótese dentária

Comparando-se as datas de início de registro de produção de próteses e do cadastramento ao LRPD, podemos levantar os municípios que iniciaram o oferecimento do serviço por parte de uma iniciativa do governo municipal. Estes municípios são: Chapecó, Lages e Joinville, que posteriormente realizaram o cadastramento ao LRPD. Destes, Chapecó e Lages apresentam uma produção regular em todos os anos seguintes, a partir do início do oferecimento deste serviço. Já o município de Joinville apresenta produção somente nos anos de 2009 e 2010, não dando continuidade ao sistema nos anos seguintes.

Outro município que iniciou a produção de próteses, mas não deu sua continuidade é o de Brusque, cuja produção se deu apenas no ano de 2006, mesmo sem ter se registrado no LRPD.

É preocupante que estes dois municípios tenham interrompido este tipo de serviço, uma vez que grande parcela da população tem necessidade do uso de algum tipo de próteses dentária.

Quanto ao município de Rio do Sul, sua produção de próteses só se deu após a realização no cadastramento ao LRPD, no ano de 2010. A partir desta data a produção de próteses vem ocorrendo de forma regular até a presente data.

O fato dos municípios de Brusque e Joinville não terem dado continuidade ao oferecimento de próteses dentárias, nos faz questionar

os seus motivos, sendo que a falta de necessidade por parte da população não pode ser considerada uma hipótese válida, em virtude dos altos índices levantados anteriormente.

O sistema de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária pode ser considerado um facilitador no oferecimento de próteses à população por parte dos municípios, uma vez que estes são mantidos com recursos financeiros do governo federal. Sabe-se que municípios de pequeno porte e de orçamentos mais baixos, não são capazes de sustentar sozinhos um sistema de oferta de próteses cujos custos são elevados, mas com os incentivos dados pelo governo federal podem se não montarem LRPD, comprar estes serviços na rede privada ou em sistema de consórcio com municípios de maior porte populacional e financeiro.

No atual momento Santa Catarina já conta com 80 cidades cadastradas com LRPD, o que pode ser considerado como um avanço na questão da reabilitação bucal de seus usuários do SUS. Espera-se com estes exemplos que mais municípios realizem o cadastro de LRPD, iniciando a produção de próteses dentárias abrangendo um maior quantitativo de pessoas com necessidade do uso de próteses.

Quanto à localização, Atenção Básica (UBS) ou Atenção Secundária (CEO), da disponibilização do serviço de prótese, precisa ser analisada sob o contexto de vida da população de cada município. É preciso que o local destinado ao serviço seja de fácil acesso, assim como o número de profissionais destinados a este fim. Segundo Unfer e colaboradores (2006), a dificuldade de acesso a serviços odontológicos e dificuldades financeiras das pessoas possui forte associação ao elevado número de pessoas edêntulas. A disponibilização de um serviço gratuito e de fácil acesso facilita em muito a reabilitação das pessoas com necessidades protéticas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos cinco (5) municípios catarinenses pioneiros na produção do serviço de próteses dentárias do SUS apresentam diferentes panoramas no que diz respeito ao número e tipos de próteses produzidas e a continuidade destes serviços.

Os municípios de Chapecó, Rio do Sul e Lages apresentam produções regulares desde o início da produção. Porém Joinville e Brusque não deram continuidade ao oferecimento destes serviços, evidenciando-se a necessidade de se detectar as possíveis causas da sua não manutenção.

Os LRPD são o meio que o governo federal disponibiliza aos municípios para facilitar a inserção e produção do serviço de próteses dentária no SUS. No Estado de Santa Catarina, 80 municípios já realizaram o cadastramento ao sistema, podendo oferecer o serviço de próteses dentárias em suas redes de Atenção Básica ou Especializada. No entanto este quantitativo é preocupante, uma vez que mais de 73,1% dos municípios ainda não efetuou o cadastro no sistema dos LRPD.

Nos municípios apresentados neste trabalho, a oferta de próteses dentárias é realizada pelos CEO e não pelas UBS. Apesar de não ter sido objetivo deste trabalho, é preocupante este fato por não se ter informações que justifiquem esta escolha. A princípio parece ser mais racional que este tipo de serviço fique disponível em locais mais próximos das comunidades, pois facilita em muito o acesso das pessoas assim como a confiança depositada nos profissionais que trabalham diretamente nestas UBS. Se a manutenção da saúde bucal, aí incluída o monitoramento dos pacientes com próteses dentárias, deve ser realizada nas UBS, por que não a confecção das próteses também nestas unidades de saúde.

Outro fator a ser considerado na organização do serviço de prótese dentária é o controle e acompanhamento dos pacientes que recebem as próteses. É preciso efetivar a funcionalidade das próteses através do monitoramento dos pacientes também pela atenção básica, uma maneira racional para justificar os altos investimentos financeiros aportados por parte dos poderes públicos nas esferas federal e municipal para a reabilitação de pessoas edêntulas.

Espera-se que o sistema de prótese dentária no SUS continue se expandindo em Santa Catarina, uma forma de possibilitar a reabilitação

de mais pessoas edêntulas na busca de possibilitar melhoria da sua qualidade de vida e de sua inserção na sociedade.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P.R.; PERES, M.A. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, v.43, n.1, p.13-25, 2009.

BRASIL (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

BRASIL (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília.

BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.570/GM em 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BRASIL (2004c). Ministério da Saúde. Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições da Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registros de uma conquista histórica. Brasília: MS.

BRASIL (2006b). Ministério da Saúde. Portaria Nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs)

e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**. Brasília.

BRASIL (2006c). Ministério da Saúde. Sistema de informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SAI/SUS: Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade – APAC para Prótese Dentária Total e Prótese Dentária Parcial Removível. Brasília.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília.

BRASIL (2009). Ministério da Saúde. Portaria N° 2.373 de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria N° 599/GM, de 23 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília.

BRASIL (2011a). Ministério da Saúde. Cadastro e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: Nota técnica. Brasília;

BRASIL (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF.

BRASIL. Coordenação Geral de Saúde Bucal – CGSB. (n.d.) Cidade que possuem Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Estado: SC. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/mapa_centro_especialidades_lrpd/LAB_SC.php> Acesso em: 28.abr.2013.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. (n.d.) Manual Instrutivo – Anexo ficha de qualificação dos indicadores. Brasília. Disponível em:

<<http://www.saude.al.gov.br/indicadorespmaqinstrutivo/documentos/manualinstrut>> Acesso em: 28.abr.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 3 mai. 2013.

CARDOSO, E.M; et al. Condição de saúde bucal em idosos residentes no município de Manaus, Amazonas: estimativas por sexo. Rev. Bras. Epidemiol., v.14, n.1, p.131-40, 2011.

COLUSSI, C.F., et al. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v.7, n.1, p.88-97, 2004.

CRISPIM, A.J.; et al. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, v.38, n.2, 2009.

GUIMARÃES, M.L.R. Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. Scientia Medica, Porto Alegre. PUCRS, v.15, n.1, jan./mar., 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília, 2010.

MEDEIROS, J.J. de; et al. Edentulismo, Uso e Necessidade de Prótese e Fatores Associados em Município do Nordeste Brasileiro. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.12, n.4, p.573-78, out./dez. 2012.

MEDEIROS, W. L., Edentulismo funcional e seus fatores de risco em adultos. Dissertação do Programa de Mestrado da área de concentração em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2007.

MEDEIROS JUNIOR, A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Saúde bucal: conhecer para atuar. Natal: EdUFRN, 2004.

MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco. 1993.

MESAS, A.E.; et al. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v.9, n.4, p.471-80, 2006.

N'GOM, P.I.; WODA, A. Influence of Impaired Mastigation on Nutrition. The Journal of Prosthetic Dentistry, Estados Unidos, v.87, n.6, p.667-673, Fev.2002

OLIVEIRA, T. de F. R. **Pesquisa biomédica**: da procura, do achado e da escritura de tese e comunicações científicas. São Paulo: Atheneu, 1995.

OLIVEIRA, A.G.R. da C. Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal no Brasil. In: ANTUNES, J.L.F; PERES, M.A. *Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

OLIVEIRA, F.B.S. de. Atenção à saúde bucal dos idosos do programa de saúde da família Tiradentes. Monografia do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PESQUERO, A.C.B. Uso de prótese dentária total por idosos: *aspectos psicológicos*. Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Goiânia – GO. 2005.

RAITZ, E.A.; SEIBERT, M.C. Edentulismo em indivíduos residentes em Brusque (SC): levantamento epidemiológico e percepção dos sujeitos. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em

Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, Santa Catarina, 2006.

RONCALLI, A.G.; ARAÚJO, L.U.A de. Os Sistema Único de Saúde e os modelos assistenciais: das propostas alternativas à saúde da família. In: FERREIRA, M.A.F; RONCALLI, A.G; LIMA, K.C. Saúde bucal: conhecer para atuar. Natal: EdUFRN, 2004.

SILVA, M.E.S; et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, maio 2010.

SILVEIRA NETO, N.; et al. Condições de saúde bucal do idoso: revisão da literatura. **RBCEH**, Passo Fundo, v.4, n.1, p. 48-56., jan./jun. 2007.

UNFER, B.; et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.217-26, jan/jun 2006.