

Maira Tonelli

**PERDA DENTÁRIA, USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DE  
ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E  
DEMOGRÁFICAS NA POPULAÇÃO ADULTA DE FLORIANÓPOLIS,  
SANTA CATARINA, SUL DO BRASIL.**

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

Orientador: João Luiz Dornelles Bastos

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tonelli, Maíra

Perda dentária, uso e necessidade de prótese, de acordo com características socioeconômicas e demográficas na população adulta de Florianópolis, Santa Catarina, Sul do Brasil. / Maíra Tonelli ; orientador, João Luiz Dornelles Bastos ; coorientador, Mario Vinicius Zendron. - Florianópolis, SC, 2016.

68 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Perda dentária . 3. Uso de Prótese . 4. Necessidade de prótese . 5. Características Socioeconômicas, demográficas . I. Bastos , João Luiz Dornelles. II. Zendron, Mario Vinicius. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Odontologia. IV. Título.

Maira Tonelli

**PERDA DENTÁRIA, USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS NA POPULAÇÃO ADULTA DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, SUL DO BRASIL.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista, e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 19 de maio de 2016.

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Daniela Lemos Carcereri  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Claudia Flemming Colussi  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Marynes Terezinha Reibnitz  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC

Este trabalho é dedicado às pessoas mais importantes da minha vida, meus queridos pais.



## AGRADECIMENTOS

A Deus, por todas as graças concedidas, pela saúde e pela oportunidade de viver.

À minha mãe, Marlene Maria Hoinatz Tonelli e ao meu pai, Paulo Tonelli pela compreensão nos meus momentos de ausência e de dificuldades. Pelo incentivo, carinho e amor à mim concedidos. Por se dedicarem tanto para me incentivar e me dar suporte financeiro. Por me apresentarem e conduzirem pelos caminhos retos e do bem.

Ao meu irmão, Mateus Tonelli e à minha irmã Luiza Tonelli por serem bons exemplos para mim.

Ao meu namorado, Rogério Luiz da Silva Júnior, por todo o amor, compreensão e felicidade que me proporciona.

Ao professor João Luiz Dornelles Bastos, pela orientação, dedicação, paciência. Por ter confiado em mim e ter transmitido seus conhecimentos de forma simples, estando disposto a sanar minhas dúvidas, sem medir seus esforços.

Ao professor Mario Vinicius Zendron, pela confiança em mim e por todas as palavras de incentivo.

A todos os membros da banca examinadora deste trabalho, pela dedicação em avaliar e contribuir para a melhoria do mesmo.

À minha prima e amiga Ana Maieli Hoinatz Schmitz e ao meu amigo Bruno Crestani pelo incentivo e insistência para que eu prestasse o vestibular da UFSC.

À minha amiga e dupla, Jeniffer Rosa Martins, pelos conhecimentos compartilhados, pela paciência, pelo apoio. Por estar comigo nos momentos de angústia e também de felicidade.

Às minhas amigas, Julia de Jesus, Taiane Siqueira, Samantha Vieira, Gleice Tania Lima, Luiza Frota Fava, Gabriela de Souza, Mayara Lima, Marina Beatriz da Silva, Daiane Gesser, Glória Levi, Laryssa Olssen, por terem compartilhado comigo muitas das alegrias e também dos empecilhos durante a graduação.

À minha amiga, Mayara Buratti, pelo coração enorme que tens e por ter estado ao meu lado durante o período mais difícil da graduação.

A todos os meus amigos de Salto do Lontra, especialmente, Lucas Galvan, Marcio Santi, Pedro Paulo Veroneze, Paulo Henrique Baldessar, pela parceria, pelas alegrias que me proporcionam e por entenderem os momentos que precisei estar ausente.

Ao estimado Dudu *in memoriam*, por todos os anos de amizade, por toda a felicidade e todo amor de irmão de coração.

À sociedade brasileira, que através do cumprimento de seus deveres, financiou toda a minha formação escolar, possibilitando-me cursar Odontologia em uma universidade pública, gratuita de qualidade.



“Ainda que eu falasse a língua dos homens e falasse a língua dos anjos, sem amor eu nada seria.”

(Renato Russo)

“É na complexidade do estudo que surge a simplicidade das ideias.”

(Renato Conradi)





## RESUMO

A perda dentária é um importante problema de saúde pública, pois afeta negativamente a qualidade de vida, restringindo as capacidades funcionais de mastigação e fonação, e interferindo na estética e problemas de autoestima. Por sua vez, o uso e a necessidade de prótese são consequências da perda dentária, embora tenham sido menos intensamente investigados na literatura científica de natureza epidemiológica. O objetivo desse trabalho foi estimar a prevalência da perda dentária, uso e necessidade de prótese total, bem com avaliar sua associação com variáveis socioeconômicas (renda e escolaridade dos respondentes e de seus pais, além de posição socioeconômica subjetiva) e demográficas (sexo e idade). Os dados foram obtidos de um estudo de base populacional, realizado em 2012, com uma amostra da população adulta (22-63 anos) de Florianópolis, Santa Catarina. A obtenção de dados relativos às condições socioeconômicas, demográficas e perda dentária, uso e necessidade de prótese ocorreu através de um questionário e exame clínico das condições bucais. Examinaram-se a distribuição absoluta e relativa dos desfechos, bem como das características da amostra. O teste da associação das características da amostra com a prevalência dos desfechos foi o do qui-quadrado.

Os resultados mostraram que a prevalência de perda dentária foi superior entre as mulheres, indivíduos de maior idade, sujeitos de menor renda, pessoas com menor nível de instrução, seja do sujeito como também de seus pais, e também entre aqueles com menor posição socioeconômica subjetiva. Este mesmo resultado aconteceu para o uso e para a necessidade de prótese total. Conclui-se que a ausência de dentição funcional, a necessidade e o uso de prótese total possuem relação com condições socioeconômicas de maior vulnerabilidade. O aumento da idade também eleva as chances de perda dentária. Além disso, o fato de as mulheres apresentarem menor prevalência de dentição funcional e utilizarem os serviços de saúde com maior frequência do que os homens, sugere a prática de um modelo de saúde pouco conservador que poderia ocorrer há alguns anos atrás, visto que essa diferença de perda dentária entre homens e mulheres ocorre mais expressivamente na população de maior idade.

**Palavras-chave:** Perda dentária, Uso de prótese, Necessidade de prótese, Variáveis socioeconômicas, Variáveis demográficas.



## ABSTRACT

An important subject in public health issue is tooth loss, because negatively affects the humans life quality, restricting the functional capacity of speak and chew, and interfering in aesthetics and self-esteem. Therefore, use and need of prosthesis are connected to tooth loss, although it wasn't frequently studied in scientific literature of epidemiological nature. The goal of this study is estimate the prevalence of tooth loss, use and need of total prosthesis, as well as analyze association between socioeconomic and demographical variables. The data were obtained from a study of adult population (22 to 63 years old) of Florianópolis, Santa Catarina, in 2012. The socioeconomics, demographical and tooth loss, use and need of prosthesis data were collected by a questionnaire and clinical exam of oral health. An analysis of relative and distribution variables of sample was done. The chi squared test was used to associate the prevalence of tooth loss, use and need of total prosthesis with independent variables.

The results showed that prevalence of tooth loss was highest in women, older people, participants with lower income, people with lower instruction (from person or parents) and among people with lower socioeconomics position. The same results appears to use and need of total prosthesis. Therefore, the tooth loss, use and need of total prosthesis are related to poor socioeconomics conditions. Increasing age increases the possibility of tooth loss. In add to, the fact that women shows higher tooth loss and frequently use health system more than men, suggest a little conservative health system.

**Keywords:** Tooth loss, Use of prosthesis, Need of prosthesis, Socioeconomics variable, Demographical variable.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Associação da presença de dentição funcional ( $\geq 21$ dentes) com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.....	43
Tabela 2. Associação do uso de prótese total com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.....	45
Tabela 3. Associação da necessidade de prótese total com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.....	48



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas e desfechos de acordo com suas respectivas categorias, EpiFloripa 2012.....	39
---	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos ou obturados

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDA – *Personal Digital Assistant*

RS – Rio Grande do Sul

SBBrazil – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal

SC – Santa Catarina

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>28</b>
2.1	PERDA DENTÁRIA .....	28
2.2	USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA .....	31
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>36</b>
4.1	OBJETIVO GERAL .....	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
<b>5</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>37</b>
5.1	O ESTUDO EPIFLORIPA .....	37
5.2	SELEÇÃO DA AMOSTRA .....	37
5.3	O QUESTIONÁRIO .....	38
5.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	38
5.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	40
5.6	QUESTÕES ÉTICAS .....	40
<b>6</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>49</b>
7.1	PERDA DENTÁRIA .....	49
7.2	USO DE PRÓTESE TOTAL .....	51
7.3	NECESSIDADE DE PRÓTESE TOTAL .....	52
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO D - EXAME CLÍNICO DAS CONDIÇÕES BUCAIS, SEGUNDO A OMS.....</b>	<b>66</b>







## 1 INTRODUÇÃO

A perda dentária é um importante problema de saúde pública. Essa condição tem efeito negativo sobre a qualidade de vida, restringindo capacidades funcionais de mastigação e fonação. Além disso, a perda dentária acarreta problemas estéticos e diminuição da autoestima, podendo resultar em dificuldade da interação social e transtornos de ordem psicológica (MOREIRA, 2009a). Algumas das outras consequências que as perdas dentais podem trazer são: alterações no desenvolvimento maxilomandibular, mal posicionamento dental, desconforto oclusal, mastigação unilateral predominante, bruxismo, alterações na mastigação e, por conseguinte, eventual risco aumentado de deficiências nutricionais. No que diz respeito aos aspectos psicológicos, a falta de dentes causa, entre outros sintomas, a vergonha, constrangimento e sentimento de humilhação (OLIVEIRA; LEITE; ARRUDA, 2012).

O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde ocorreu em 1986, tendo como prioridade os escolares e adultos, não abrangendo a faixa etária acima de 60 anos. Em 1996, outro levantamento epidemiológico de condições bucais se deteve aos agravos de escolares que tinham entre seis e doze anos de idade. Em 2003, foi realizado o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, através do projeto SB Brasil (MOREIRA, 2009b). O último levantamento epidemiológico realizado com abrangência para o país, foi a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, que analisou a situação da saúde bucal da população brasileira, objetivando fornecer ao SUS as informações para ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto nas esferas estadual e municipal (Brasil, 2011).

Em 1986, a média de dentes perdidos para adolescentes, foi de 1,9, o que correspondeu a 15,2% do índice CPOD (Cariado, Perdido ou Obturado). Para a mesma faixa etária, em 2003, essa média foi de 0,9. Já para adultos (35-44 anos), a média de dentes perdidos em 1986 foi de 14,9 (66,5% do índice CPOD), enquanto que, em 2003, foi de 13,2. Em ambos os estudos, no grupo dos idosos, o componente “perdido” correspondeu à 90% do índice CPOD. Esses dados revelam que a perda dentária conservou-se estável no período analisado, especialmente na faixa etária de adultos e idosos (Brasil, 2004).

Entretanto, se comparados os estudos SB Brasil realizados nos anos de 2003 e 2010, nota-se relevante redução das perdas dentárias em adolescentes e adultos. No grupo dos adolescentes, a média de dentes perdidos diminuiu em mais da metade (de 0,96 para 0,40). Por sua vez, no grupo dos adultos, diminuiu de 13,5 para 7,4. O edentulismo permaneceu próximo de 54,0% no grupo dos idosos, nos dois estudos (Brasil, 2004; 2011).

Os SB Brasil 2003 e 2010, além de expressarem a diminuição das perdas dentais ao longo dos anos, revelaram ainda outros dados importantes. No grupo dos adolescentes, as perdas dentais no sexo feminino aumentaram em relação ao sexo masculino. Ademais, aumentou também a perda de dentes nos grupos menos favorecidos financeiramente, em relação ao grupo mais favorecido, aumentando, assim, a desigualdade socioeconômica na perda dentária. No grupo dos adultos, os resultados foram semelhantes, indicando que a diminuição das perdas foi acompanhada de aumento da desigualdade social na ocorrência do agravo. (PERES et al., 2013a).

De acordo com o estudo de Peres et al (2013b), as perdas dentárias ocorrem em maior frequência nos grupos sociais menos favorecidos. Ainda, as menores prevalências de perda dentária estão na região Sul e Sudeste, enquanto que as maiores estão na região Norte e Nordeste. As disparidades de perdas dentais no âmbito regional são acentuadas, principalmente no grupo dos jovens e adultos. De modo geral, os residentes tanto de capitais quanto como do interior das regiões Norte e Nordeste são mais acometidos por perdas dentárias do que os residentes das regiões Sul e Sudeste. Renda e escolaridade estão associadas às perdas dentárias em todas as faixas etárias, de acordo com a seguinte relação: quanto menor a renda e o grau de escolaridade, maior o número de perdas.

Em relação ao uso de prótese, o estudo de âmbito nacional, SBBrasil 2003, revelou que entre a população adulta (35-44 anos), 48,3% fazia uso de algum tipo de prótese dentária superior. Para prótese inferior, a frequência de uso foi de 15,5%. No que diz respeito à prótese total, 25,5% fazia uso de prótese total superior e 7,1%, de prótese total inferior. O estudo mostrou, ainda, que na região Sul houve maior frequência de uso de prótese total superior entre a população adulta (31,4%); por sua vez, a maior prevalência de uso de prótese total inferior ocorreu nas regiões Nordeste e Sudeste (7,5%). As menores frequências de uso de prótese total superior e inferior, ocorreram respectivamente nas regiões Sudeste (21,8%) e Norte (6,4%).

Dados do SBBrasil 2003 mostram que 35,8% da população adulta brasileira necessitava de algum tipo de prótese dentária superior e 80,0% de algum tipo de prótese inferior. As frequências de necessidade de prótese total superior e inferior, foram, respectivamente, 2,5% e 2,9%. As regiões que apresentaram maior necessidade de prótese total superior e inferior foram respectivamente as regiões Norte (3,6%) e Sudeste (3,8%). Entretanto, as regiões que apresentaram as menores frequências de necessidade de prótese total superior e inferior, foram respectivamente as regiões Sul (1,7%) e Centro-Oeste (2,2%).

Os resultados do estudo SBBrasil 2010 revelam que houve diminuição da necessidade de prótese total entre a população adulta do Brasil, comparando-se com os resultados do SBBrasil 2003.

Considerando que os desfechos pesquisados, na grande maioria dos estudos apresentaram relação com piores condições socioeconômicas, considera-se sugestivo pesquisar as condições de saúde bucal da população adulta de Florianópolis, para melhor compreender os agravos, os fatores causadores e também suas consequências.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 PERDA DENTÁRIA

Entre maio de 2002 e outubro de 2003, foram coletados dados do SB Brasil 2003, uma pesquisa nacional de saúde bucal da qual participaram amostras de residentes de 250 municípios de diferentes portes populacionais de todas as Unidades Federativas do Brasil. Segundo o estudo, a média de dentes perdidos no grupo dos adultos (35-44 anos) foi de 13,5, sendo que a maior proporção (24,0% da amostra) teve entre 4 e 8 dentes perdidos, enquanto aproximadamente 10,0% apresentou entre 16 e 20 dentes perdidos. Quanto ao gênero, as mulheres apresentaram maior prevalência de perda dentária do que os homens, visto que 50,7% delas se incluíram na categoria de mais de 12 dentes perdidos, comparado com 36,3% no sexo masculino. Os participantes com até 4 anos de estudos apresentaram maiores prevalências de perda dentária: 55,9% deles apresentaram mais de 12 dentes perdidos, quando comparados com 30,3% entre aqueles com 9 anos ou mais de escolaridade. Os indivíduos pertencentes às categorias de renda menos favorecidas apresentaram mais perdas dentárias, quando comparados com os mais favorecidos: dos participantes que ganhavam  $\leq \frac{1}{2}$  salário mínimo, 50,8% apresentou 12 ou mais dentes perdidos. Esse mesmo desfecho foi observado em 30,7% dos que ganhavam mais de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. Em relação à cor da pele, 48,9% dos pretos e pardos e 42,7% dos brancos apresentaram mais de 12 dentes perdidos (BARBATO *et al.*, 2007).

Os dados mais recentes, em nível nacional, a respeito de perda dentária provêm do SB Brasil 2010, um inquérito brasileiro que seguiu a mesma proposta e estratégia metodológica do anterior, realizado em 2003. A média de dentes perdidos na população adulta (35 a 44 anos), segundo o estudo, foi de 7,4, sendo que 22,4% dos indivíduos apresentou menos de 21 dentes naturais. A ausência de menos de 21 dentes naturais ocorreu com maior frequência nas mulheres (21,4%, em contrapartida em homens, 18,1%), nos pretos, pardos (27,4% e 24,4%, respectivamente, vs. 20,0% entre os brancos), nos de menor renda (33,0% entre os com renda <R\$4.500,00 vs. 7,0% nos indivíduos com renda >R\$ 4.500,00) e nos de menor grau de escolaridade (40,2% entre os respondentes com <12 anos de estudo, vs. 7,7% para os com 12 anos ou mais) (PERES *et al.*, 2013c).

Um estudo epidemiológico, realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sobre a presença de dentição funcional ( $\geq 20$  dentes presentes) em adultos (35-44 anos) e a sua associação com fatores individuais e coletivos, mostrou dados semelhantes com os revelados por estudos de abrangência nacional. Participaram da pesquisa moradores de 84 municípios do RS. A prevalência de

dentição funcional foi de 54,8%. Em relação aos fatores socioeconômicos e demográficos, a maior taxa de ausência de dentição funcional ocorreu nas mulheres (50,4%), nos indivíduos de idade entre 40 e 44 anos (55,1%), naqueles com quatro anos ou menos de escolaridade (61,9%) e, também, naqueles com menor renda familiar (55,0%). Em contrapartida, a menor frequência de ausência de dentição funcional ocorreu nos homens (36,2%), nos indivíduos de idade entre 35 e 39 anos (35,8%), naqueles com nove anos ou mais de escolaridade (24,9%) e nos indivíduos com maior renda familiar (33,0%). O estudo demonstrou também que os indivíduos que vivem em municípios com alta escolaridade e com disponibilidade de água de abastecimento fluoretada há mais de dez anos apresentaram probabilidade 72,0% e 78,0% maior de apresentar dentição funcional, respectivamente, comparado com os municípios com baixa escolaridade e sem fluoretação das águas de abastecimento. Ainda, a probabilidade de adultos que vivem em áreas urbanas possuem dentição funcional foi 23,0% maior do que os residentes em áreas rurais (KOLTERMANN; GIORDANI; PATTUSSI, 2011).

Um inquérito realizado com moradores de municípios metropolitanos do estado de Minas Gerais investigou a relação de determinantes sociais de saúde com a presença de dentição funcional em adultos que tinham ente 35 e 44 anos. Entre os participantes, 19,1% apresentaram entre 1 e 19 dentes, e 80,9% apresentaram dentição funcional, ou seja, 20 ou mais dentes. Em relação à cor de pele, 93,5% dos indivíduos autodeclarados amarelos apresentaram dentição funcional, contrastando com o grupo dos indígenas, no qual menos indivíduos, 40,0% deles, apresentaram esta condição. Quanto ao gênero, 78,9% das mulheres e 85,1% dos homens possuíam dentição funcional. Os fatores socioeconômicos mostraram-se igualmente associados com a presença de dentição funcional: entre as pessoas com curso superior, 95,7% possuíam dentição funcional, enquanto que no grupo dos indivíduos que não possuíam graduação, essa condição bucal esteve presente em 79,4% deles. Ainda, 85,9% dos que tinham renda maior ou igual a 300,00 Reais mensais, apresentaram dentição funcional, ao passo que entre os que ganhavam menos de 300,00 Reais mensais, a dentição funcional esteve presente em 75,3% (HOURI, 2012).

Foi analisada a perda dentária e doença cárie em adultos que tinham entre 35 e 44 anos, professores e funcionários de escolas públicas e privadas de 131 cidades pertencentes ao estado de São Paulo. No que diz respeito à perda dentária, o estudo mostrou que há relação entre perda dentária, idade, cor da pele, número de habitantes do município e a presença de flúor na água. Nos adultos que com 35 a 39 anos, 26,4% haviam perdido mais de 12 dentes, enquanto que 44,8% dos adultos que tinham entre 40 e 44 anos apresentaram a mesma condição. Em relação à cor da pele, o grupo que mais apresentou ausência de mais de doze dentes foi o dos negros (42,4%); em contrapartida, o que menos

apresentou tal desfecho foi o grupo do brancos (31,8%). Municípios com porte populacional grande apresentaram menor índice de perda dentária, visto que 25,5% das participantes nele residentes apresentaram perda de mais de doze dentes, enquanto que 45,3% dos habitantes de municípios de porte populacional pequeno apresentaram a mesma condição. Nos municípios com disponibilidade de água fluoretada, a perda de mais de doze dentes foi observada em 32,4% dos participantes, o mesmo desfecho ocorreu em 40,5% dos indivíduos que habitam municípios sem água fluoretada. A variável sexo não apresentou forte associação com a ausência de dentição funcional, visto que no gênero masculino a perda de mais de doze dentes ocorreu em 36,1% e nas mulheres ocorreu em 34,7% delas (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003).

Outro estudo buscou retratar a associação dos fatores sócio demográficos e econômicos com perdas dentárias em adultos de 35-44 anos, através de dados de um levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2002, Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo. De toda a amostra, 27,9% apresentaram entre 1 e 19 dentes e 72,1% entre 20 e 32 dentes. A média de dentes presentes foi de 22. Como já observado em outros estudos, ocorreu associação de variáveis econômicas e demográficas com perda dentária. O grupo das mulheres apresentou mais perda dentária que os homens, 30,5% delas e 22,9% deles possuíam menos de 20 dentes presentes. Quanto ao nível de instrução, dos indivíduos com nove anos ou mais de estudo, 12,6% tinham menos de vinte dentes, enquanto que entre aqueles com até oito anos de escolaridade, 35,2% apresentaram tal desfecho. Em relação à renda familiar, os mais favorecidos exibiram menores índices de perda dentária, 21,9% não apresentaram dentição funcional, por sua vez, 34,3% dos indivíduos menos favorecidos não apresentaram tal condição. Dos indivíduos que tinham 35-39 anos, 22,1% não possuíam dentição funcional e dos que tinham entre 40 e 44 anos, 36,2% apresentaram tal condição (SILVA; RIHS; SOUSA, 2009).

Um inquérito realizado em áreas rurais do estado de Pernambuco entre 2010 e 2011, em que participaram adultos de 20-59 anos, estimou a prevalência de perdas dentárias e sua associação com variáveis, entre elas as socioeconômicas. A média de dentes perdidos na população estudada foi de 11,7. A faixa etária foi a variável mais fortemente associada à perda dentária, visto que os participantes que tinham 50-59 anos apresentaram dez vezes mais prevalência de perda dentária superior a 12 dentes, quando comparado àqueles indivíduos com idade entre 20 e 29 anos. Cerca de 40,0% das mulheres apresentaram perda de mais de doze dentes, enquanto os homens, 38,6%. Quanto ao nível de escolaridade, dos indivíduos mais instruídos (com nove ou mais anos de escolaridade), 14,9% apresentaram mais de doze dentes perdidos, entre aqueles sem nenhum ano de escolaridade a prevalência do desfecho foi de 69,5%. Com relação à renda familiar, 40,3% das pessoas do grupo com ganho

mensal igual ou maior a um salário mínimo apresentaram perda dentária de mais de doze elementos, enquanto que 36,8% dos indivíduos com renda menor que um salário mínimo exibiram esta condição. A associação de renda e perda dentária ganha destaque, pois na maioria dos estudos, ocorre de maneira inversa à apresentada neste estudo (SANTILLO *et al.*, 2013).

Dados do EpiFloripa de 2009, um inquérito de saúde geral e bucal com 1.720 adultos de 20 a 59 anos de idade, residentes da área urbana de Florianópolis, revelaram que aproximadamente 20,0% dos entrevistados apresentaram-se com menos de 10 dentes em, pelo menos, um arco dentário e 2,4% dos participantes eram edêntulos. A prevalência de ter menos de 10 dentes presentes em pelo menos um arco foi maior entre os indivíduos com menos anos de estudo (55,9%, contra 7,7% entre os mais escolarizados) e entre os menos favorecidos financeiramente (26,6%); para os mais favorecidos financeiramente, a prevalência foi de 10,3%. Em relação às variáveis demográficas, as mulheres apresentaram maior frequência de perda dentária, 20,1% delas apresentaram menos de 10 dentes em pelo menos um arco dental, enquanto que para os homens, esse desfecho foi de 17,2%. Indivíduos da cor branca exibiram os menores índices do desfecho (18,3%) quando comparados aos pardos (25,2%) e pretos (19,0%) (BARBATO *et al.*, 2015).

## 2.2 USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA

Uma pesquisa realizada no município de Bayeux, no estado da Paraíba, avaliou a frequência de edentulismo, uso e necessidade de prótese dentária em moradores que tinham 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, sendo a amostra definida a partir de uma população de estudo, seguindo os critérios do Levantamento Nacional das Condições Saúde Bucal, projeto SBBrasil 2010. Dos indivíduos que tinham entre 35 a 44 anos, 45,0% deles utilizavam prótese dentária superior e 4,0% inferior, 51,0% deles necessitavam de prótese superior e 91,0% de prótese inferior. Em relação à população idosa (65 a 74 anos), 50,0% dela fazia uso de prótese superior e 32,0%, de prótese inferior. Quanto à necessidade de prótese dentária, 73,0% da amostra dos idosos necessitava de prótese superior e 91,0%, de prótese inferior (MEDEIROS *et al.*, 2012).

Um estudo avaliou a condição de saúde bucal de alguns trabalhadores da Paraíba (os quais eram atendidos no Núcleo de Saúde Ocupacional, em Campina Grande). Os participantes tinham idade entre 35 e 44 anos, sendo que 80,1% necessitavam de algum tipo de prótese, com o arco inferior apresentando maior necessidade protética. Em relação ao uso de prótese, este foi mais frequente na arcada superior, sendo a prótese parcial removível (PPR) a de maior

uso (22,0% da amostra). A prevalência de uso de prótese total foi de 7,6%, sendo 1,8% inferior e 5,8% superior (MAIA, Emilianir et al., 2012)

Em 2008, foi realizado um inquérito para estimar o uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos residentes de três Distritos Sanitários de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. Da amostra estudada, 63,7% dos indivíduos faziam uso de algum tipo de prótese superior, sendo 72,1% do sexo feminino. A prótese superior com maior frequência de uso foi a total, sendo utilizada por 54,0% das mulheres e 48,1% dos homens. Com relação à prótese inferior, 30,0% da amostra fazia uso. A prótese inferior com maior frequência de uso foi a parcial removível, 47,3% das mulheres e 38,2% dos homens faziam uso. Entre os sujeitos com idade de 50 a 59 anos, os que faziam uso de prótese superior (54,4%) e que não usavam qualquer tipo de prótese inferior (81,5%) predominaram. A frequência de necessidade de prótese superior foi maior nos homens (52,8%) do que nas mulheres (36,8%) e o mesmo ocorreu para prótese inferior: 70,4% e 66,3% para homens e mulheres, respectivamente. Em relação à necessidade de prótese total superior, as mulheres apresentaram maior frequência de necessidade do que os homens, 32,7% e 24,4%, respectivamente. O mesmo ocorreu em relação à prótese total inferior, em que 19,6% das mulheres e 15,0% dos homens necessitavam da mesma. No que se refere à necessidade de uso de prótese total superior, 17,2% da população de 50-59 anos e 44,9% da população de 60-74 anos apresentava essa demanda. Quanto à necessidade de prótese total inferior, 7,5% e 30,8% da população com idade de 50-59 anos e 60-74 anos, respectivamente, necessitava fazer uso. No que diz respeito à renda, a necessidade de uso de prótese total superior foi maior entre os indivíduos com renda menor do que um salário mínimo (42,2%) quando comparados com aqueles com renda superior ou igual a um salário mínimo (21,9%). Situação análoga ocorreu com a necessidade de uso de prótese total inferior: dos participantes com renda inferior a um salário mínimo 21,3% necessitavam de prótese total inferior, sendo que o mesmo ocorreu com 15,5% dos sujeitos com renda maior ou igual a um salário mínimo (MALLMANN; TOASSI; ABEGG, 2012).

Os dados do SB Brasil 2010 revelam que, entre os adultos (35-44 anos), a necessidade de algum tipo de prótese dentária ocorreu em 69,0% dos participantes, sendo a maioria (41,0%) necessidade de prótese parcial superior ou inferior. A necessidade de prótese total em pelo menos um arco dentário ocorreu em 1,3% dos sujeitos. Esse último percentual, no ano de 2003, foi de 4,4%, havendo, portanto, uma redução de aproximadamente 70,0% de necessidade de prótese total do ano de 2003 para o ano de 2010. O uso de prótese total inferior foi de 2,3% e de prótese total superior foi de 9,1%. A região que apresentou maior uso de prótese total superior foi a região Sul (14,5%), contrastando com a região Sudeste, que apresentou menor uso de prótese total

superior (6,6%). Em relação ao uso de prótese total inferior, a região Nordeste apresentou maior frequência (3,5%), contrastando com a região Sudeste, que apresentou menor frequência (1,7%) de uso de prótese total inferior. No que diz respeito à necessidade de prótese, apenas 31,2% dos participantes não necessitam de algum dos tipos de prótese, 0,6% necessitavam de prótese total em apenas um arco dentário, 0,4% apresentaram necessidade de prótese total e também parcial e 0,3% apresentaram necessidade de prótese total superior e inferior. A região Centro-oeste apresentou a menor necessidade de prótese total nos dois arcos dentários (0,1%), sendo que para todas as outras regiões brasileiras a frequência desse desfecho foi de 0,3%. A necessidade de uso combinado de prótese total e parcial foi maior nas regiões Norte e Nordeste, ambas com frequência de 1,1%; por sua vez, a região Sudeste apresentou o menor (0,2%) valor para esta variável. As regiões Nordeste e Sudeste apresentaram maior necessidade de prótese total em apenas um arco dentário, ambas com 0,7%, contrastando com as regiões Norte e Sul, que apresentaram a menor frequência (0,4%) para tal desfecho (“Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais.” 2011). Da população brasileira, 2,3% faz uso de prótese total.

Uma pesquisa realizada no município de Montes Claros, no estado de Minas Gerais, por Haikal et al. (2012), buscou retratar as condições de saúde bucal da população adulta (35-44 anos), abordando inclusive o uso e necessidade de prótese dentária. Os resultados mostraram que a maior parte da amostra não faz uso de nenhum tipo de prótese superior (68,7%), tampouco de prótese inferior (88,0%). A prótese superior com maior frequência de uso foi a parcial removível (19,0%), ocorrendo o mesmo para a prótese inferior (7,3%). Em relação à prótese total superior, a frequência de uso foi de 7,7% e da prótese total inferior foi de 3,3%. No que diz respeito à necessidade de prótese total, o estudo mostrou que 2,3% da população necessita fazer uso de prótese total superior e 1,3% necessita de prótese total inferior. A frequência de sujeitos que não necessitam fazer uso de qualquer tipo de prótese superior foi de 60,0%, o mesmo desfecho para próteses inferiores foi de 37,4%. Considerando-se a arcada dentária superior e inferior, conjuntamente, 34,0% da amostra utilizava algum tipo de prótese e 62,2% necessitava de algum tipo de prótese. Tanto na arcada dentária superior quanto na inferior, a necessidade de reposições com próteses parciais foram mais frequentes do que com próteses totais ou unitárias, sendo que no arco inferior a necessidade protética foi maior do que na arcada superior.

No município de Paulínia, no estado de São Paulo, um estudo executado por Batista, Silva e Sousa (2010) avaliou condições específicas da saúde bucal da população adulta (34-44 anos). Quanto à necessidade de prótese, a maior parte da amostra não necessitava de prótese superior (53,5%), entretanto, 71,3% da amostra necessitava de algum tipo de prótese dentária inferior. A necessidade de

prótese total na população estudada foi pequena, apenas 2,0% da amostra necessitava de prótese total superior, sendo o mesmo resultado para prótese total inferior. O desfecho de maior frequência foi a necessidade de uso de prótese fixa combinado com o uso de prótese parcial removível, sendo o resultado para a arcada superior 18,8%, e a inferior, 35,6%.

### 3 JUSTIFICATIVA

Por definição, fatores de risco são quaisquer agentes ambientais, comportamentais e biológicos que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de algum agravo ou doença (Haas et al., 2012). Os resultados da revisão sistemática da literatura realizada por Barbatto et al (2015) revelam que as perdas dentárias são consequências de algumas condições bucais, como a doença periodontal e, principalmente, devido à cárie por ser a exodontia ainda a principal forma de tratamento em casos extremos da doença, na atenção primária.

Assim, populações com menor nível de instrução e menos favorecidas financeiramente possuem maior risco de perda dentária e conseqüentemente de uso e necessidade de prótese, pois geralmente residem em localidades com menor disponibilidade de água fluoretada e serviços odontológicos (PERES, ANTUNES, PERES, 2006). Para Boing et al. (2005), a renda influencia o padrão alimentar, de vestuário e de moradia, assim como o acesso a conhecimentos e a cuidados médicos. Dessa forma, estes fatores expõem ou protegem as populações em relação às várias doenças. Assim, as condições socioeconômica, a educação e moradia são fatores determinantes dos desfechos em saúde (PINTO 2000).

Considerando-se que a perda dentária segue um padrão de distribuição, sendo mais prevalente em populações de menor renda e nível de instrução, estando, portanto, intimamente relacionadas às condições socioeconômicas e demográficas (PERES et al., 2013d), estudos epidemiológicos que retratem as desigualdade demográficas e socioeconômicas nos desfechos em saúde bucal, são extremamente importantes. Portanto, esta pesquisa tem por finalidade produzir novos dados sobre as associações em um contexto ainda pouco investigado na literatura, especificamente o da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da perda dentária, uso e necessidade de prótese dentária e sua associação com fatores socioeconômicos e demográficos na população adulta de Florianópolis, Santa Catarina.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a prevalência da perda dentária, uso e necessidade de prótese;

Avaliar a associação da perda dentária, do uso e da necessidade de prótese com fatores socioeconômicos: grau de escolaridade do indivíduo, de seus pais, renda familiar e posição socioeconômica subjetiva;

Investigar a relação entre perda dentária, uso e necessidade de prótese e variáveis demográficas: sexo e faixa etária.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

### 5.1 O ESTUDO EPIFLORIPA

O Estudo Epifloripa 2012 é uma continuidade do mesmo estudo realizado em 2009. Consiste em um estudo longitudinal prospectivo de base populacional, desenvolvido por pesquisadores da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, em que participaram adultos de 20 a 59 anos de idade em 2009 e que portanto em 2012, tinham idade entre 22 e 63 anos, residentes na área urbana de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, localizado na região Sul do Brasil.

Esse estudo buscou retratar as condições de vida e saúde da população adulta do município, através da coleta de informações sobre condições de saúde geral e bucal, por meio de aplicação de um questionário, obtenção de medidas antropométricas e de pressão arterial e realização de um exame bucal, segundo critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (manual de levantamentos básicos em saúde bucal de 1997).

Foram realizadas entrevistas domiciliares entre abril de 2012 e dezembro de 2013, em uma amostra de pouco mais de 1.200 adultos, os quais haviam participado do Epifloripa 2009 (EPIFLORIPA. Condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis – Estudo EpiFloripa Adulto 2012<sub>a</sub>).

### 5.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do EpiFloripa 2012, pouco mais de 1.200 dos 1.720 participantes do estudo original, EpiFloripa 2009, portanto, a taxa de acompanhamento foi de 71,0%.

Em 2009, a seleção dos participantes ocorreu em duas etapas, na primeira delas, fez-se o sorteio dos setores censitários, que compuseram as Unidades Primárias de Amostragem. Na segunda etapa, foram sorteados os domicílios que seriam visitados em cada setor censitário. Poderiam participar do inquérito todos os adultos de idade entre 20 e 59 anos, que residiam nos domicílios sorteados. Florianópolis possuía 437 setores censitários urbanos do tipo setor comum ou não especial e setor especial do tipo aglomerado subnormal, segundo dados do censo de 2000. Devido à falta de informações, 17 deles foram excluídos. Primeiramente, a seleção dos setores censitários foi realizada de forma sistemática, da seguinte maneira: os setores foram organizados em decis de renda de acordo com a média do rendimento do chefe do domicílio e seguindo a ordenação numérica de cada setor conforme definido pelo IBGE (Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística). Foram incluídos seis setores censitários em cada decil de renda. O sorteio do setor censitário levou em consideração a necessidade de se sortear dois setores reservas. Foram então, sorteados 60 setores. A amostra dos domicílios também realizou-se de forma sistemática (BOING *et al.*, 2014a)

Foram excluídos os indivíduos que apresentavam amputação de alguma extremidade ou que usavam próteses nas mesmas, os impossibilitados de ficar na posição adequada para a realização das medidas antropométricas e aqueles que não conseguiam responder ao questionário (BOING *et al.*, 2014b).

### 5.3 O QUESTIONÁRIO

Para a realização das entrevistas, o pesquisador deveria portar o questionário em meio eletrônico e também impresso. Este deveria ser utilizado caso ocorresse algum problema com o dispositivo eletrônico *Personal Digital Assistant* (PDA).

O questionário foi composto por 259 questões as quais eram de ordem geral e também específicas sobre questões socioeconômicas, qualidade de vida, questões sociodemográficas, dieta, discriminação e exame bucal.

Todos os entrevistadores foram devidamente treinados para que a coleta de dados ocorresse de forma padronizada. Além disso, eles receberam um manual do Estudo, que dispunha de orientações para realizar a pesquisa da melhor maneira.

### 5.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A perda dentária foi classificada em perda decorrente da cárie e por outras razões, sendo elas: ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. O desfecho foi a presença de dentição funcional (21 ou mais dentes), uso de prótese total (sim ou não) e necessidade de prótese total (não, superior e inferior, superior ou inferior).

O desfecho perda dentária foi obtido através de exame odontológico realizado por cirurgiões dentistas, previamente calibrados e seguindo e preceitos estabelecidos pela OMS em 1997. Já o uso e a necessidade de prótese total, foram autorreferidos, através de perguntas que constam no questionário em anexo neste trabalho.

As variáveis independentes foram faixa etária, gênero, renda familiar, grau de escolaridade dos participantes e de seus pais e posição socioeconômica subjetiva.

Informações sobre idade, grau de escolaridade dos participantes e de seus pais, renda familiar dos participantes e a posição socioeconômica subjetiva, uso e necessidade de prótese, foram obtidas através de perguntas, que encontram-se no anexo do presente trabalho. O gênero do participante foi observado e anotado pelo (a) entrevistador (a). Dados sobre a perda dentária foram coletados através de exame bucal, que encontra-se em anexo no presente trabalho.

Quadro 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas e desfechos de acordo com suas respectivas categorias, EpiFloripa 2012.

	<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>
<b>Desfecho</b>	Perda dentária	≤ 21 dentes >21 dentes
	Uso de prótese total	Sim Não
	Necessidade de prótese total	Não Superior e inferior Superior Inferior
<b>Exposições</b>	Escolaridade dos pais	≤4 anos 5-8 anos 9-12 anos ≥12 anos
	Posição socioeconômica subjetiva	1-4 5-7 8-10
	Idade	22-31anos 32-41anos 42-51anos 52-63 anos
	Escolaridade	≤4 anos 5-8 anos 9-12 anos ≥12 anos
	Sexo	Feminino Masculino
	Renda	Em tercís

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram examinadas a distribuição absoluta e relativa dos desfechos, bem como das características da amostra. O teste da associação das características da amostra com a prevalência dos desfechos foi o do qui-quadrado com ajuste para os pesos amostrais e a estrutura complexa da amostra.

## 5.6 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto EpiFloripa Adulto 2012 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 28 de fevereiro de 2011, segundo o processo 1772.

Previamente à realização da entrevista, os participantes receberam as informações relativas à finalidade da pesquisa. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pelo entrevistador e assinado com caneta pelo participante, anteriormente à entrevista, sendo disponibilizado a este uma via do TCLE (EPIFLORIPA. Condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis – Estudo EpiFloripa Adulto 2012b).

## 6 RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra dessa pesquisa foi composta por 1.047 participantes, com predomínio de mulheres (56,0%). Com relação à idade, a faixa etária de maior representação foi a de 42 a 51 anos (26,4%) e a menor, de 32 a 41 anos (23,7%). A maior parte dos participantes (47,2%) afirmou ter estudado 12 ou mais anos. A distribuição dos participantes segundo renda foi organizada em tercís, 314 (29,3%) se enquadraram no tercil 1, 356 (33,5%), fazem parte do tercil 2 e 377 (37,2%) do tercil 3. Dos participantes da amostra, 874 (84,5%) apresentam dentição funcional ( $\leq 21$  dentes). Com relação ao nível de instrução do pai e da mãe, em ambos os casos, a maior frequência foi a do grupo dos que estudaram  $\leq 4$  anos e a menor, do grupo dos que estudaram entre 5 e 8 anos. De acordo com a posição socioeconômica subjetiva, a maior parte da amostra (58,7%) situou-se no quinto ao sétimo degrau, enquanto que do primeiro ao quarto degrau e do oitavo ao décimo, as frequências foram semelhantes (21,1% e 20,2%, respectivamente). Quanto à prótese total, a maior parte da amostra (89,7%) não faz uso. Com relação à necessidade de prótese total, a grande maioria (88,6%) da população estudada diz não necessitar, estando a menor representação da amostra (1,6%) no grupo dos que relataram precisar usar apenas prótese total inferior.

Ao comparar a prevalência de dentição funcional ( $\geq 21$  dentes) com as variáveis de interesse, observou-se, segundo os dados da Tabela 2, que os homens apresentaram maior prevalência de dentição funcional, quando comparados com as mulheres, (87,0% e 84,5%, respectivamente). Em relação à idade, quase a totalidade (99,6%) dos participantes da faixa etária mais jovem (22 a 31 anos) apresentou  $\geq 21$  dentes. A população mais idosa (52 a 63 anos) apresentou prevalência quase cem vezes maior de ausência de dentição funcional, quando comparada com a população mais jovem (respectivamente, 39,3% e 0,4%). No que se refere à renda, os participantes enquadrados no tercil 3 foram os que apresentaram maior prevalência de dentição funcional (92,6%). Observa-se que o tercil de menor renda apresentou frequência três vezes maior de ausência de dentição funcional, quando comparado com o tercil de maior renda. Pode-se observar, também, que os indivíduos com menor escolaridade ( $\leq 4$  anos) exibiram prevalência quase nove vezes maior de ausência de dentição funcional, quando comparados com os participantes que possuem  $\geq 12$  anos de escolaridade (5,3% e 47,4%, respectivamente). Esses dados nos mostram que a escolaridade tem maior força de associação com a dentição funcional do que a renda. Com relação à posição socioeconômica subjetiva, os participantes que se enquadraram nos degraus 5-7 e 8-10 apresentaram resultados semelhantes para a prevalência de dentição funcional (87,4% e 87,6%); entretanto, 73,5% daqueles enquadrados nos degraus 1-4 apresentaram dentição funcional. A escolaridade da mãe apresentou relação com o desfecho da seguinte forma: quanto maior o nível de instrução da mãe, maior a frequência de dentição funcional, sendo que entre aqueles indivíduos cujas mães estudaram de 9 a 11 anos e  $\geq 12$  anos, a presença de dentição funcional foi semelhante (92,5% e 94,8%, respectivamente). Em relação ao nível de instrução do pai, a mesma observação se aplica.

A média de dentes perdidos por quaisquer motivos na população investigada foi de 6,0. Já a média de dentes perdidos por cárie, foi de 4,3. O intervalo interquartilico (IIQ) de dentes perdidos por quaisquer motivos 7, por sua vez o IIQ de dentes perdidos por cárie, foi 6.

Tabela 1. Associação da presença de dentição funcional ( $\geq 21$  dentes) com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

	Prevalência de dentição funcional				Total n	Valor-p
	$\geq 21$ dentes		< 21 dentes			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						0,0373
Masculino	389	87,0	64	13,0	453	
Feminino	485	84,5	173	15,5	594	
<b>Idade (em anos completos)</b>						<0,0001
22 a 31	251	99,6	1	0,4	252	
32 a 41	232	97,0	8	3,0	240	
42 a 51	231	80,9	54	19,1	285	
52 a 63	160	60,7	110	39,3	270	
<b>Renda</b>						<0,0001
Baixa	232	75,2	82	24,8	314	
Média	295	83,7	61	16,3	356	
Alta	347	92,6	30	7,4	377	
<b>Escolaridade (em anos completos)</b>						<0,0001
$\leq 4$	37	52,6	43	47,4	80	
5 a 8	102	68,9	45	31,1	147	
9 a 11	273	83,3	59	16,7	332	
$\geq 12$	462	94,7	26	5,3	488	
<b>Escolaridade do pai (em anos completos)</b>						<0,0001
$\leq 4$	370	74,2	135	25,8	505	
5 a 8	133	91,3	14	8,7	147	
9 a 11	169	95,2	11	4,8	180	
$\geq 12$	202	94,3	13	5,7	215	
<b>Escolaridade da mãe (em anos completos)</b>						<0,0001
$\leq 4$	351	75,0	124	25,0	475	
5 a 8	143	88,2	22	11,8	165	
9 a 11	207	92,5	17	7,5	224	
$\geq 12$	173	94,8	10	5,2	183	
<b>Posição socioeconômica subjetiva</b>						<0,0001
1 a 4	161	73,5	63	26,5	224	
5 a 7	534	87,4	83	12,6	617	
8 a 10	179	87,6	27	12,4	206	

A Tabela 3 apresenta os resultados quanto à utilização de prótese total. As mulheres apresentaram maior prevalência do que os homens (11,5% e 8,8%, respectivamente). A frequência de uso da mesma aumenta conforme o avançar da idade, sendo que entre os participantes da faixa etária de 22 a 31 anos, apenas 1,1% faz uso de prótese total, contrastando com aqueles que têm de 52 a 63 anos, dos quais 28,3% fazem uso. No que se refere à renda, os tercis de menor renda e renda intermediária apresentaram frequências semelhantes para esse desfecho (14,1% e 13,5%, respectivamente); entretanto, no tercil de maior renda, a frequência do desfecho foi aproximadamente três vezes menor em relação aos outros tercis. Quanto maior o nível de instrução do indivíduo, menor a frequência do uso de prótese total. Indivíduos que estudaram quatro anos ou menos, apresentaram prevalência quase nove vezes maior do desfecho do que os participantes que relataram ter estudado doze ou mais anos, (34,7% e 3,9%, respectivamente). Assim, a escolaridade apresentou-se mais fortemente associada ao desfecho do que a variável renda. A escolaridade da mãe apresentou relação com o desfecho da seguinte maneira: quanto maior o nível de instrução da mãe, menor a frequência de uso de prótese total. Associação semelhante ao que ocorreu com o nível de escolaridade do pai, exceto entre aqueles pais que estudaram de 5 a 8 anos e 9 a 11 anos, em que o primeiro grupo apresentou menor prevalência de participantes que fazem uso de prótese total (2,7% e 4,0%, respectivamente). Com relação à posição socioeconômica subjetiva, os indivíduos enquadrados nos degraus 5 a 7 e 8 a 10, apresentaram valores semelhantes para o desfecho (8,6% e 8,0%, respectivamente). Entretanto, a prevalência do desfecho foi aproximadamente o dobro entre os participantes que se enquadraram nos degraus 1 a 4.

Tabela 2. Associação do uso de prótese total com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

	Prevalência do uso de prótese total					Valor-p
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	
<b>Sexo</b>						0,1846
Masculino	44	8,8	409	91,2	453	
Feminino	75	11,5	519	88,5	594	
<b>Idade (em anos completos)</b>						<0,0001
22 a 31	3	1,1	249	98,9	252	
32 a 41	4	1,7	236	98,3	240	
42 a 51	32	10,5	253	89,5	285	
52 a 63	80	28,2	190	71,8	270	
<b>Renda</b>						<0,0001
Baixa	51	14,1	263	85,9	314	
Média	51	13,5	305	86,5	356	
Alta	17	4,4	360	95,6	377	
<b>Escolaridade (em anos completos)</b>						<0,0001
≤4	32	34,7	48	65,3	80	
5 a 8	36	23,4	111	76,6	147	
9 a 11	32	8,7	300	91,3	332	
≥12	19	3,9	469	96,1	488	
<b>Escolaridade do pai (em anos completos)</b>						<0,0001
≤4	94	17,2	411	82,8	505	
5 a 8	5	2,7	142	97,3	147	
9 a 11	9	4,0	171	96,0	180	
≥12	11	5,3	204	94,7	215	
<b>Escolaridade da mãe (em anos completos)</b>						<0,0001
≤4	85	16,2	390	83,8	475	
5 a 8	13	6,6	152	93,4	165	
9 a 11	13	5,7	211	94,3	224	
≥12	8	4,8	175	95,2	183	
<b>Posição socioeconômica subjetiva</b>						0,0012
1 a 4	44	17,4	180	82,6	224	
5 a 7	60	8,6	557	91,4	617	
8 a 10	15	8,0	191	92,0	206	

A necessidade de prótese total (Tabela 4) apresentou prevalências semelhantes entre homens e mulheres em todas as categorias. Os indivíduos mais jovens (22 a 31 anos) foram os que mais relataram não necessitar fazer uso de prótese total (98,4%), contrastando com a parcela mais idosa da amostra (52 a 63 anos), que apresentou a maior prevalência de necessidade de uso de prótese total tanto superior quanto inferior (12,4%).

Quanto à necessidade de prótese total inferior, os participantes com 52 a 63 anos apresentaram a maior prevalência (2,6%), valor que contrasta com a faixa etária de 22 a 31 anos, os quais apenas 0,7% relatam tal desfecho. Situação análoga ocorreu para necessidade de prótese total superior, em que 14,0% da faixa etária de maior idade relatou o desfecho, valor este quase quinze vezes maior que para o desfecho entre o grupo de menor idade. Ainda, a diferença de prevalência do desfecho entre todas as faixas etárias foi maior para a variável uso de prótese total superior do que para uso de prótese total inferior.

Entre os indivíduos enquadrados nos tercis de menor renda e renda intermediária, a necessidade de prótese total superior e inferior foi semelhante 6,8% e 5,0%, respectivamente; esse resultado no tercil de maior renda foi de 1,1%. A necessidade de prótese total superior também foi maior no tercil de menor renda, apresentando prevalência cinco vezes maior quando comparado com o tercil de maior renda e equivalente, quando comparado com o tercil de renda intermediária. A necessidade de prótese total inferior seguiu o mesmo padrão de distribuição, sendo mais prevalente no tercil de menor renda.

Pertinente à escolaridade, quanto maior o nível de instrução, menor a necessidade de prótese total. A menor diferença de frequência ocorreu no desfecho necessidade de prótese total inferior. Por sua vez, a maior diferença de prevalência relacionada ao nível de instrução ocorreu no desfecho necessidade de prótese total superior, sendo que os indivíduos que estudaram quatro anos ou menos apresentaram o dobro de prevalência do desfecho em relação àqueles que estudaram de cinco a oito anos, o triplo em relação aos que estudaram de nove a onze anos e onze vezes mais prevalência quando comparados com os participantes que estudaram dozes anos ou mais.

Em relação ao nível de escolaridade do pai, quanto menor, mais elevada a prevalência de necessidade de prótese total dos participantes; essa mesma relação ocorreu para os desfechos necessidade de prótese total superior e inferior e necessidade de prótese total superior. Já para o desfecho necessidade de prótese total inferior, as prevalências foram semelhantes. O desfecho que apresentou maior diferença de frequência foi a necessidade de prótese total superior e inferior, da seguinte maneira: aqueles indivíduos cujos pais estudaram quatro anos ou menos exibiram frequência quatro vezes maior do desfecho em relação àqueles participantes cujos pais estudaram de cinco a oito anos e de nove a onze anos, e dez vezes em relação àqueles cujos pais estudaram doze anos ou mais.

Com relação ao nível de instrução da mãe, quanto maior, menor a frequência de necessidade de prótese total, relação que se aplica também à necessidade de prótese total superior e inferior. O desfecho que apresentou maior diferença de prevalência foi a necessidade de prótese total superior, em que os participantes cujas mães estudaram quatro anos ou menos apresentaram o triplo e o dobro de prevalência do desfecho em relação àqueles sujeitos cujas mães estudaram de cinco a oito anos e nove a onze anos, respectivamente, diferença que foi ainda maior quando comparados os sujeitos cujas mães estudaram quatro anos ou menos com aqueles que as mães estudaram doze anos ou mais, neste caso, os primeiros apresentaram trinta vezes maior frequência do desfecho. Entre os indivíduos que precisam de prótese total inferior, aqueles cujas mães estudaram de nove a onze anos foram os que apresentaram menor prevalência do desfecho (0,0%), seguidos daqueles que a mães estudaram de cinco a oito anos (0,8%), doze anos ou mais (1,5%), valores estes, aproximadamente, três e duas vezes menores do que a prevalência de necessidade naqueles indivíduos cujas mães estudaram quatro anos ou menos.

Em relação à posição socioeconômica subjetiva, quanto mais elevada a posição nos degraus, menor a prevalência da necessidade de prótese total. O mesmo ocorreu para os desfechos necessidade de prótese total superior e inferior e necessidade de prótese total superior. Apenas para o desfecho necessidade de prótese total inferior, a prevalência foi maior entre aqueles indivíduos enquadrados nos degraus oito a dez em relação aos pertencentes aos degraus cinco a sete.

Tabela 3. Associação da necessidade de prótese total com variáveis socioeconômicas e demográficas em adultos do EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina, 2012.

	Necessidade de prótese total										Valor-p
	Não		Superior e inferior		Inferior		Superior		Total	n	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
<b>Sexo</b>											
Masculino	402	89,6	13	3,1	6	1,3	32	6,0	453		0,4506
Feminino	519	87,8	30	4,9	9	1,8	36	5,5	594		
<b>Idade (em anos completos)</b>											<0,0001
22 a 31	248	98,4	0	0,0	1	0,7	3	0,9	252		
32 a 41	233	97,0	1	0,5	3	1,3	3	1,2	240		
42 a 51	251	87,9	11	3,7	4	1,7	19	6,7	285		
52 a 63	189	71,0	31	12,4	7	2,6	43	14,0	270		
<b>Renda</b>											<0,0001
Baixa	251	81,4	22	6,8	8	2,8	33	9,0	314		
Média	308	86,7	17	5,0	4	1,2	27	7,1	356		
Alta	362	96,1	4	1,1	3	1,0	8	1,8	377		
<b>Escolaridade (em anos completos)</b>											<0,0001
≥4	46	62,7	10	13,4	3	3,2	21	20,7	80		
5 a 8	111	76,3	14	9,9	4	3,0	18	10,8	147		
9 a 11	294	88,5	14	4,2	4	1,4	20	5,9	332		
≥12	470	96,2	5	1,0	4	1,0	9	1,8	488		
<b>Escolaridade do pai (em anos completos)</b>											<0,0001
≤4	410	82,0	35	7,2	8	1,5	52	9,3	505		
5 a 8	137	94,0	3	1,7	2	1,6	5	2,7	147		
9 a 11	166	92,5	4	1,9	3	2,0	7	3,6	180		
≥12	208	96,8	1	0,7	2	1,3	4	1,2	215		
<b>Escolaridade da mãe (em anos completos)</b>											<0,0001
≤4	383	81,0	32	7,0	11	2,7	49	9,3	475		
5 a 8	152	93,9	4	2,2	2	0,8	7	3,1	165		
9 a 11	209	93,3	5	2,0	0	0,0	10	4,7	224		
≥12	177	96,8	2	1,4	2	1,5	2	0,3	183		
<b>Posição socioeconômica subjetiva</b>											0,0044
1 a 4	177	79,7	15	6,6	4	2,4	28	11,3	224		
5 a 7	553	90,6	23	3,9	8	1,2	33	4,3	61		
8 a 10	191	92,3	5	2,2	3	1,8	7	3,7	206		

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 PERDA DENTÁRIA

Considerando-se que a média de dentes perdidos por quaisquer motivos na população que tem mais de trinta e quatro e menos do que quarenta e cinco anos foi de 4,1 e que a média para dentes perdidos devido à cárie foi de 2,5 essa parcela da população adulta de Florianópolis apresentou melhores resultados do que aqueles de âmbito nacional, retratados nas pesquisas SB Brasil de Barbato *et al.*, 2007 e Peres *et al.*, 2013, dos anos de 2003 e 2010, respectivamente, em que a média de dentes perdidos foi de 13,5 e 7,4. Em Florianópolis, a média de dentes perdidos (4,1) em 2012 na população da referida faixa etária, foi menor do que em 2010 (5,1), segundo o SBBrasil 2010.

A maior parte dos resultados do presente estudo confirma os achados das pesquisas já publicadas sobre o assunto. Ao avaliar a associação entre sexo e presença de dentição funcional, os resultados do presente estudo estão de acordo com os achados em Barbato *et al.*, (2007), Peres *et al* (2013). Koltermann; Giordani; Pattussi, (2011), Houri (2012), Silva; Rihs; Sousa (2009), Santillo *et al* (2013), os quais afirmam que a prevalência do desfecho foi superior no homens.

Os resultados para a associação entre idade e presença de dentição funcional deste estudo confirmam o que foi encontrado na literatura, visto que a prevalência do desfecho diminui com o aumento da idade. Assim, ter pouca idade interfere positivamente para a manutenção dos dentes segundo Silva; Rihs; Sousa, (2009). Considerando que a doença periodontal predispõe à perda dentária, a maior frequência de perdas dentárias nas populações mais idosas pode ser explicada por achados de Papapanou and Lindhe, 2010, que afirmam que a prevalência e a gravidade da doença periodontal aumentam com a idade. Ainda, conforme a revisão de literatura desenvolvida por Rosa *et al.* (2008), o avanço da idade é acompanhado por múltiplas alterações sistêmicas, as quais resultam em consequências bucais. Por exemplo, as limitações motoras, como mal de Parkinson e artrite, prejudicam a correta higienização bucal. Ocorre também alteração de glândulas salivares, que degeneram progressivamente e acabam por comprometer a capacidade protetora que a saliva possui para os dentes e outros tecidos bucais. Ainda, com o avançar da idade, ocorrem alterações no periodonto de sustentação, como a reabsorção óssea horizontal e vertical. Todos esses fatores, associados ou não, favorecem a perda dentária com o aumento da idade.

A associação entre condições socioeconômicas mais desfavoráveis e ausência de dentição funcional é evidenciada neste estudo e em diversas outras pesquisas (Barbato *et al.*, 2007; Peres *et al.*, 2013; Koltermann; Giordani; Pattussi, 2011; Houri 2012; Silva, Rihs, Sousa, 2009). Entretanto, o estudo de

Santillo *et al.*, 2013 mostra que os indivíduos com ganho mensal superior ou igual a um salário mínimo apresentaram maior frequência de perda dentária de doze ou mais dentes, quando comparados com aqueles indivíduos com renda inferior a um salário mínimo (40,3% e 36,8%, respectivamente), contrariando o padrão de associação supracitado. Esse resultado deve ser ponderado, visto que a diferença de perda dentária é pequena quando comparados os dois grupos.

O trabalho de revisão de literatura acerca da perda dentária, desenvolvido por Seerig *et al.* (2015) auxilia na compreensão da associação entre maiores perdas dentárias com piores condições socioeconômicas. Segundo os autores, indivíduos que vivem em piores condições socioeconômicas concentram maior quantidade de agravos à saúde, tanto sistêmicos como diabetes, problemas cardiovasculares, quanto bucais como cárie e doença periodontal (principais causas de perdas dentárias em adultos). Ocorre, ainda, o fenômeno de polarização da doença, que pode ser explicado pelo fato de que locais menos favorecidos financeiramente recebem menos investimentos de recursos públicos, tais como fluoretação das águas de abastecimento. Além disso, a disparidade de renda na sociedade pode comprometer a difusão dos conhecimentos em saúde. Ademais, os tratamentos odontológicos recebidos também variam de acordo com a posição socioeconômica do sujeito. Aqueles com melhores condições financeiras geralmente realizam consultas periódicas com o cirurgião-dentista e também recebem tratamentos mais conservadores, sendo que ambos os fatores contribuem para a retenção dentária. Já os indivíduos menos favorecidos financeiramente estão mais propensos às extrações dentárias como forma de tratamento.

Um estudo de Bastos *et al.*, 2008, acerca da dor dentária em uma amostra de crianças desde o nascimento até os doze anos de idade, no município de Pelotas, RS, mostra que os sujeitos que vivem em condições de pobreza no período decorrido do nascimento até quatro anos de idade apresentam maiores prevalências de dor dentária aos doze anos de idade. A menor prevalência de dor dentária no último mês investigado ocorreu no grupo em que a renda aumentou desde o nascimento do sujeito até seus quatro anos de idade. Assim, segundo o mesmo estudo, os episódios de dificuldade financeira no início da infância podem resultar em comportamentos que trazem riscos à saúde e à diminuição do uso de serviços de saúde, fatores que podem contribuir para a ocorrência de dor dentária. Acreditamos que esses mesmos fatores também podem sugerir maior risco de perda dentária, devido às dificuldades em se estabelecer cuidados em saúde.

No presente estudo, realizado em Florianópolis, a prevalência de dentição funcional diminuiu em função do menor nível de instrução do indivíduo e também de seus pais. Indivíduos cujos pais possuem maior tempo de escolaridade ( $\geq 12$  anos) foram os que mais apresentaram presença do desfecho,

sendo os valores estatisticamente significativos. A prevalência de dentição funcional nos indivíduos que estudaram doze anos ou mais foi de 94,7%, sendo semelhante à que ocorreu naqueles sujeitos cujos pais estudaram doze anos ou mais (94,3%) e cujas mães estudaram esse mesmo tempo (94,8%).

Em relação àqueles sujeitos que estudaram de nove a onze anos, quando comparados com os participantes cujos pais e mães estudaram de nove a onze anos, percebeu-se que a prevalência de dentição funcional foi maior nestes últimos grupos o que ocorreu também com os tempos de escolaridade de cinco a oito anos e também de quatro anos ou menos. Esses resultados mostram que a escolaridade do indivíduo tem maior importância para manter a dentição funcional.

Pessoas com níveis mais elevados de instrução são capazes de agregar conhecimentos que influenciam de forma favorável sua saúde e a prática de hábitos saudáveis; além disso, qualificam-se para ocupações mais bem remuneradas. Por sua vez, a renda influencia o padrão comportamental do indivíduo, relativo à fatores de risco e de proteção para várias doenças (BOING *et al* 2005). De acordo com Jiang *et al* (2013), menor escolaridade e renda aumentam o risco para doenças bucais, dessa forma, indivíduos nessas condições apresentam maior prevalência para perdas dentárias. Segundo o mesmo estudo, os sujeitos com baixo poder socioeconômico apresentam prevalência três vezes maior de perda dentária, sendo a educação o fator mais fortemente associado à perda dentária. Esse aspecto supracitado pode também ajudar a compreender o fato de os indivíduos pertencentes à posição socioeconômica subjetiva mais baixa, ter apresentado menor prevalência de dentição funcional, pois é esperado que os sujeitos com menos escolaridade e de menor renda tenham se enquadrado na menor posição socioeconômica subjetiva.

## 7.2 USO DE PRÓTESE TOTAL

A prevalência de uso de prótese total na população estudada de Florianópolis foi maior que a prevalência de uso no estudo elaborado por Maia, Emilanir *et al.*, 2012, na Paraíba (10,3% e 7,6%, respectivamente). Esse desfecho foi maior na pesquisa de Medeiros *et al.*, 2012, também na Paraíba, em que a frequência de uso de prótese dentária superior foi 45,0% e 4,0% inferior. Entretanto, esse resultado deve ser avaliado considerando o fato de que os percentuais englobam todos os tipos de prótese dentária.

Os achados de Mallmann; Toassi; Abegg, 2012 também revelaram maior prevalência de uso de prótese total na população estudada de Porto Alegre (54,0% das mulheres e 48,1% dos homens faziam uso de prótese total superior) em relação à de Florianópolis.

Comparando-se os resultados do presente estudo com os de âmbito nacional mais recente (SB Brasil 2010), nota-se que a prevalência de uso de prótese total na população adulta de Florianópolis é semelhante em relação aos adultos que participaram da pesquisa SB Brasil 2010. Entre os adultos participantes do EpiFloripa 2012, 10,3% faz uso de pelo menos uma prótese total, enquanto que entre os participantes adultos do SBBrazil 2010, 9,1% faz uso de prótese total superior e 2,3% de prótese inferior. Comparando-se o uso de prótese total pela população adulta de Florianópolis (EpiFloripa 2012) com a população adulta do sul do Brasil (SBBrazil 2010), percebe-se que nesta última, há maior prevalência de uso, sendo que 14,5% faz uso de prótese total superior e 3,1% de prótese total inferior.

### 7.3 NECESSIDADE DE PRÓTESE TOTAL

Em relação à necessidade de prótese total superior, o presente estudo mostrou que tal desfecho foi expressivamente menos prevalente quando comparado com o estudo de Mallmann; Toassi; Abegg, 2012, tanto quanto à necessidade de prótese total superior em mulheres, quanto em homens, sendo que a necessidade por mulheres foi seis vezes maior na população estudada por Mallmann; Toassi; Abegg, 2012 em Porto Alegre, RS, do que na população da presente pesquisa. Para os homens, tal desfecho foi quatro vezes maior na população de Porto Alegre, RS. A diferença de prevalência foi ainda maior no que diz respeito à necessidade de prótese total inferior, sendo 11,5 vezes maior entre os homens da pesquisa de Mallmann; Toassi; Abegg, 2012 e 11 vezes maior entre as mulheres. Ainda em relação ao sexo, a necessidade de prótese total superior foi maior entre os homens, diferente do que ocorreu no estudo de Mallmann; Toassi; Abegg, 2012. Entretanto, a necessidade de prótese total inferior foi maior entre as mulheres adultas de Florianópolis em relação os homens, sendo que tal desfecho foi análogo ao que ocorreu no estudo de Mallmann; Toassi; Abegg, 2012. O estudo, realizado em Porto Alegre, mostra que quanto maior a faixa etária, maior a necessidade de uso de prótese total, o que ocorreu também na população de Florianópolis, tanto para prótese total inferior como superior. Em relação à renda, em ambos os estudos, a necessidade de prótese total inferior e também superior aumentou em função da condição socioeconômica menos favorecida.

Comparando-se os resultados do presente estudo, com resultados da pesquisa SBBrazil 2010, nota-se que a necessidade de prótese total na população adulta de Florianópolis, em ambos os arcos, foi expressivamente maior (13,7 vezes) do que necessidade na população adulta abordada na pesquisa de âmbito nacional. O mesmo resultado ocorreu, comparando-se a população adulta de

Florianópolis, com a população adulta do Sul brasileiro, sendo que a prevalência de necessidade de próteses totais superior e inferior, foi maior na população da capital catarinense, em 13,7 vezes.

Em relação ao estudo realizado por Haikal *et al.* (2012), no estado de Minas Gerais, a população adulta de Florianópolis apresentou necessidade semelhante de uso de prótese total inferior. A necessidade de prótese total superior, por sua vez, foi pouco mais que o dobro mais prevalente na população adulta de Florianópolis, situação semelhante à que ocorreu com a população de estudo de Batista, Silva e Sousa (2010), no estado de São Paulo.

De acordo com os resultados do presente estudo, o uso de prótese total e a necessidade de uso da mesma podem ser interpretados como associados à ausência de dentição funcional. Haja vista que as maiores prevalências de ausência desta última variável ocorreram nas mulheres, pessoas de maior idade, de piores condições socioeconômicas (renda, escolaridade dos sujeitos e também de seus pais e mães), bem como entre os indivíduos enquadrados na menor posição socioeconômica subjetiva. Do mesmo modo, as maiores prevalências de uso e de necessidade de prótese total ocorreram nesses mesmos grupos, com exceção da escolaridade dos pais do sujeito em relação ao uso e necessidade de prótese, que não seguiu o mesmo padrão da variável dentição funcional. Assim, os mesmos fatores relacionados à perda dentária estão associados à necessidade de prótese, bem como ao seu uso.

São escassos na literatura os trabalhos que abordam o uso e a necessidade de prótese total, relacionado aos aspectos epidemiológicos. Dessa forma, faz-se a sugestão para que se amplie os estudos nessa área, visando além da restauração protética, compreender os fatores que levam até este tipo de necessidade, para que os serviços de saúde possam tomar medidas eficazes para diminuir gradativamente as perdas dentárias, que afetam, sobretudo os indivíduos que ocupam posições sociais mais vulneráveis.

## 8 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo nos permitem afirmar que a prevalência de dentição funcional na população adulta de Florianópolis é boa. Essa condição pode ser justificada pelo fato de Florianópolis ser a capital brasileira com melhor índice de desenvolvimento humano e umas das cidades brasileiras com melhor qualidade de vida (“IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010”). Além disso, os serviços de saúde pública do município são tidos como de referência. Deve-se considerar também, que os Centros de Especialidades Odontológicas existentes no município, disponibilizam serviços de endodontia, que contribuem para a diminuição da perda dentária.

Considerando que houve associação entre os piores desfechos de perda dentária, uso e necessidade de prótese e as condições socioeconômicas mais vulneráveis, os dados ganham importância no cenário de planejamento de políticas públicas de saúde no município de Florianópolis, visando promover ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, bem como estabelecer a equidade de forma efetiva. Tais medidas de melhoria poderiam ser ainda mais eficazes através do reconhecimento das áreas geográficas de maior prevalência e vulnerabilidade de perda dentária.

## REFERÊNCIAS

BARBATO, Paulo Roberto et al. Contextual and individual indicators associated with the presence of teeth in adults. *Revista de Saúde Pública*, [s. L.], v. 49, n. p.1-10, maio 2015. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-8910.2015049005535.

BARBATO, Paulo Roberto et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1803-1814, ago. 2007.

BATISTA, Marília Jesus; SILVA, Débora Dias da; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia, São Paulo. *Revista de Odontologia da Unesp, Araraquara*, v. 39, n. 4, p.185-191, jul./ago 2010.

BOING, A.F., Peres MA., Kovalski DF., Zange SE., Antunes JLF., 2005. Estratificação socioeconômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad. Saúde Pública* 21, 673–678.

BOING, Alexandra Crispim et al., Inquérito de saúde EpiFloripa: aspectos metodológicos e operacionais dos bastidores. *Ver Bras Epidemiol*. Jan-Mar, 2014 p 147-162

EPIFLORIPA. Condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis – Estudo EpiFloripa Adulto 2012. Disponível em: [http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi\\_adulto/epi\\_adulto\\_12](http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi_adulto/epi_adulto_12) Acesso em 16 jun 2015.

FRAZÃO, Paulo; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p.49-57, jan. 2003.

Fundação de Serviços de Saúde Pública, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.

HAAS, A.N., Oliveira, JAP., Rios FS., Costa RS., 2012. Epidemiologia das doenças periodontais e periimplantares, in: Periodontia Para Todos: Da Prevenção Ao Implante. Editora Napoleão, São Paulo.

HAIKAL, Desirée Sant'ana et al. Saúde bucal de adultos do município de Montes Claros. Unimontes Científica, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p.111-126, 2012.

HOURI, Loliza Chalub Luiz Figueiredo. Associação entre determinantes sociais da saúde e dentição funcional em adultos de 35 a 44 anos. 2012. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

JIANG, Y., Okoro, C.A., Oh, J., Fuller, D.L., 2013. Sociodemographic and Health-Related Risk Factors Associated with Tooth Loss Among Adults in Rhode Island. Prev. Chronic. Dis. 10.

KOLTERMANN, Annie Pozeczek; GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral; PATTUSSI, Marcos Pascoal. A associação entre aspectos individuais e contextuais na dentição funcional de adultos do Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo multinível. Cad. Saúde Pública., Rio de Janeiro, v. 1, n. 27, p.173-182, jan. 2011.

MAIA, Emilanir et al. Condição de saúde bucal em trabalhadores atendidos no Núcleo de Saúde Ocupacional de Campina Grande-PB. Arq Odontol, [s.l.], v. 48, n. 1, p.32-39, 31 mar. 2012. Arquivos em Odontologia. DOI: 10.7308/aodontol/2012.48.11.05.

MALLMANN, Fernanda Hilgert; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; ABEGG, Claides. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. Epidemiol. Serv. Saúde, [s.l.], v. 21, n. 1, p.79-88, 2012. Instituto Evandro Chagas. DOI: 10.5123/s1679-49742012000100008.

MEDEIROS, Júlia Julliêta 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. 4, n. 12, p.573-578, dez. 2012.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília (DF); 2004.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. SB2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília (DF); 2011.

MOREIRA, Rafael da Silva. Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influências de aspectos individuais, contextuais e geográficos. 2009. 137 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-08012010-093149/pt-br.php>>. Acesso em: 29 mar. 2015.

OLIVEIRA, Maria Zuilataumaturgo de; LEITE, Ana Caroline Rocha de Melo; ARRUDA, Carlos André Moura. Caracterização da perda dentária em usuários da atenção básica: um estudo bibliográfico. Revista Formar Interdisciplinar, Sobral, v. 1, n. 1, p.15-20, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.inta.com.br/biblioteca/images/pdf/caracterizacao-da-perda-dentaria-em-usuarios-da-atencao-basica.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

PAPAPANOU, P.N., Lindhe, J., 2010. Epidemiologia das Doenças Periodontais, in: Tratado de Periodontia Clínica E Implantologia Oral Peres MA, Antunes JL, Peres KG. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. Soz Praventivmed. 2006;51(5):302-10. DOI: 10.1007/s00038-006-5057-y.

PERES, Marco Aurélio et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Saúde Pública, [s. L.], v. 47, n. 3, p.78-89, jan. 2013.

PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Livraria Santos, 2000. 541 p.

ROSA, Lâner Botrel et al. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. Rfo, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.82-86, maio/agosto 2008.

SANTILLO, Patrícia Morgana Hordonho et al. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. L.], v. 19, n. 2, p.581-590, jan. 2013.

SEERIG, Lenise M. et al. Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *Journal Of Dentistry*.Pelotas, p. 1051-1059. ago. 2015.

SILVA, Débora Dias da; RIHS, Lílian Berta; SOUSA, Maria da Luz Rosário de. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 25, p.2407-2418, nov. 2009.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, Rio de Janeiro, v. 5/6, n. 11, p.365-373, jan. 2002.

## ANEXO A – Documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1772

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 1772

FR: 402177

**TÍTULO:** Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estudo de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFlóripa

**AUTOR:** Marco Aurélio de Anselmo Peres, Karen Glazer de Anselmo Peres, Antonio Fernando Boing, João Luiz Dornelles Bastos, Eleonora D'Orsi David, Alejandro Gonzalez Chica

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.

Coordenador do CEPSH/UFSC

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa "Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estudo de base populacional em Florianópolis, SC, *EpiFloripa*". Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o sr(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde geral e dos dentes e gengivas dos adultos que foram pesquisados pela mesma equipe em 2009 e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas, de nutrição, discriminação e qualidade de vida.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e verificaremos algumas condições de saúde da sua boca, como por exemplo, a presença de cárie e a existência de sangramento nas gengivas. Este exame será realizado por dentistas, não oferece nenhum risco, não causa dor alguma e todos os instrumentos utilizados estarão esterilizados ou serão descartáveis. Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professor Marco Peres, coordenador desta pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, pelo telefone (48) 3721 8388 ou e-mail: mperes@ccs.ufsc.br.

*Eu.....declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.*

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
( assinatura do participante )

	Resultado	Limites máximos recomendados
Pressão arterial:	_ _ _ / _ _	Até 140/90
Cintura:	cm	Homens até 94 cm / Mulheres até 80 cm
Peso:	Kg	

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO

<p><b>Meu nome é &lt;...&gt;. Sou pesquisadora da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não. Se marcou p/outra dia – anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada). Caso concordou ou ficou na dúvida continue: gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr(a) não serão divulgadas nem as respostas que o(a) Sr(a) nos der. Neste momento deve ser lido o consentimento e a assinatura deve ser pega apenas no final da entrevista.</b></p>	
<p><b>BLOCO A: GERAL</b></p>	
<p><b>Número do questionário:</b> _____ <b>ID_QUEST</b>  <b>Tipo de entrevista:</b> _____ <b>TIPOENT</b></p>	
<p>Sector censitário _____</p> <p>Número do domicílio: _____</p> <p>Número de pessoas residentes no domicílio de até 15 anos: _____</p> <p>Número de pessoas residentes no domicílio com 60 anos e mais: _____</p> <p>Nome do(a) entrevistado(a) _____</p> <p>Nome da mãe do(a) entrevistado(a) _____</p> <p>Nome do entrevistador: _____</p>	<p>setor_cens</p> <p>num_dom</p> <p>num_res_ate_15_anos</p> <p>num_res_mais_60_anos</p> <p>nome_ent</p> <p>nome_mae_ent</p> <p>NOME_ENTREVISTADOR</p>
<p>Data da 1ª visita: ____/____/____</p> <p>Data da 2ª visita: ____/____/____</p> <p>Data da 3ª visita: ____/____/____</p> <p>CEP do logradouro: _____ - _____</p> <p>Telefone residencial (fixo) _____</p> <p>Celular do entrevistado (a) _____</p> <p>Telefone trabalho _____</p> <p>Celular de outro membro da família: _____</p> <p>Nome do outro membro da família: _____</p> <p>Telefone de um parente/amigo próximo _____</p> <p>Nome do parente/amigo próximo _____</p>	<p>data_1a_visita</p> <p>data_2a_visita</p> <p>data_3a_visita</p> <p>cep_log</p> <p>tel_fixo</p> <p>tel_cel</p> <p>tel_trab</p> <p>outro_cel</p> <p>outro_nome</p> <p>prox_tel</p> <p>prox_nome</p>
<p><b>AS PERGUNTAS 1 e 2 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELO(A) ENTREVISTADOR(A)</b></p>	
<p>1. Sexo do (a) entrevistado(a), assinale uma das opções abaixo:</p> <p>(1) masculino</p> <p>(2) feminino</p>	<p>ASEXO</p>
<p>2. Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo</p> <p>(1) branca</p> <p>(2) parda</p> <p>(3) negra ou preta</p> <p>(4) amarela</p>	<p>ACORPEL</p>

(5) indígena (9) IGN	
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA</b>	
3. Quantos anos o (a) Sr.(a) tem? <i>(Marcar os anos completos)</i> idade        (99) não informou	ANOS
4. Qual sua data de nascimento? dia  __  mês  __  ano  __ __ __  (99) IGN	DN
5. Neste momento o (a) Sr.(a) está? (1) casado(a) ou morando com companheiro(a) (2) solteiro(a) (3) divorciado(a) ou separado(a) (4) viúvo(a) (9) IGN	ECIVIL
6. O (A) Sr.(a) considera a sua cor da pele: (1) Branca (2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (9) IGN	CORPEL
7. Quantas pessoas no total contando com o Sr(a) moram na sua casa? npess        (99) IGN	NPRESS
8. Quantos cômodos da sua casa são usados para dormir? cômodos        (99) IGN	NCOMOD
10. O (A) Sr.(a) estudou na escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN	ESC
11. Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola? <i>(Marcar série/ano de estudo completo)</i> (1) Anese:  __ __  (77) Outros (especificar) _____ (88) NSA (99) IGN	ANOSEST
12. No último mês o (a) Sr.(a) trabalhou e ganhou pelo trabalho? (1) sim, com carteira assinada (2) sim, sem carteira assinada (3) sim, funcionário público ou militar (4) sim, estudante (5) não (6) não, estudante (7) não, aposentado/pensionista (9) IGN	TRAB
13. Em qual emprego/trabalho o Sr.(a) trabalhou mais tempo na vida? _____	MTRAB
14. Qual o principal trabalho que o (a) Sr.(a) realiza atualmente? _____	PTRAB

<i>BLOCO CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA</i>	
<b>AGORA, VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A SUA FAMÍLIA E SOBRE POSIÇÃO SOCIAL. LEMBRE QUE OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO DIVULGADOS.</b>	
30. Seu pai estudou na escola? (0) sim (1) não -> <i>pule para a questão 32.</i> (9) IGN	bESTPAI __
31. Até que série/ano seu pai completou na escola?  __ __  colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTP __ __
32. Sua mãe estudou na escola? (0) sim (1) não -> <i>pule para a questão 34.</i> (9) IGN	bESTMAE __
33. Até que série/ano sua mãe completou na escola?  __ __  colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTM __ __
34. Como o(a) Sr.(a) classifica a situação econômica da sua família quando o(a) Sr.(a) nasceu, ou quando era criança, isto é, o padrão de vida de sua família naquela época. (0) rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre (9) IGN	bSITEC __
35. Comparado ao padrão de vida que o(a) Sr.(a) tem agora, como era o padrão de vida da sua família quando o(a) Sr.(a) nasceu? (0) era melhor do que o seu padrão de vida agora (1) era igual ao seu padrão de vida agora (2) era pior que o seu padrão de vida agora (9) IGN	bPW __
36. Agora, observe a escada desenhada neste cartão. No degrau mais alto desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. No degrau mais baixo estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos ou estão desempregadas. Onde o(a) Sr.(a) se colocaria nesta escada hoje?  __ __  (9) IGN	bESC __ __
37. As figuras a seguir representam a estrutura corporal de diversas crianças. De acordo com estas figuras, qual diria que representa melhor o corpo que você tinha quando era criança?  __  (9) IGN	bPERCORP __ __



<p>247. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	bTRATDEN __
<p>248. Sua gengiva costuma sangrar?</p> <p>(0) Não (1) Sim, às vezes quando escovo ou uso fio dental (2) Sim, sempre quando escovo (3) Sim, sempre quando uso fio dental (4) Sim, sempre (9) IGN</p>	bSANGRA __
<p>249. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	bUSOCHAP __
<p>250. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)?</p> <p>(0) Não (1) Sim, em cima (2) Sim, embaixo (3) Em cima e embaixo (9) IGN</p>	bNECHAPA __
<p>251. Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?</p> <p>(0) Nunca (1) De vez em quando (2) Frequentemente (3) Sempre (9) IGN</p>	bBOCASEC __
<p>252. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?</p> <p>(0) Nunca (1) Raramente (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (9) IGN</p>	bDIFICOM __
<p>253. O(a) Sr.(a) consultou o dentista alguma vez na vida?</p> <p>(0) Sim (1) Não -&gt; Pule para a questão 258 (9) IGN</p>	bCONDEN1 __
<p>254. Quando consultou o dentista pela última vez?</p> <p>(0) Menos de 1 ano (1) 1 a 2 anos (2) 3 anos ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	bCONDEN2 __
<p>255. Onde consultou o dentista na última vez?</p> <p>(0) Consultório odontológico particular (1) Consultório odontológico do convênio (2) Posto/centro de saúde (3) Outros serviços de saúde (4) UFSC (8) NSA (9) IGN</p>	bLOCADEN __

## ANEXO D - EXAME CLÍNICO DAS CONDIÇÕES BUCAIS, SEGUNDO A OMS

Um dente é considerado presente na boca quando apresenta qualquer parte visível ou podendo ser tocada com a ponta da sonda *sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente*.

Serão empregados códigos numéricos. Os códigos e critérios são os seguintes:

### 0 - Dente Hígido

Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígido*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão.

*Nota:* Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como **dente hígido**.

### 1 - Dente Cariado

*Sulco, fissura ou superfície lisa* apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. *Na dúvida, considerar o dente hígido*.

*Nota:* Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**.

### 2 - Dente Restaurado e Cariado

Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

### 3 - Dente Restaurado e Sem Cárie

Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido a cárie* inclui-se nesta categoria, anotando-se restaurado para todas as superfícies.

*Nota:* Com relação aos códigos 2 e 3, apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer superfície dentária será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

### 4 - Dente Perdido Devido à Cárie

Um dente permanente foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada para todas as superfícies correspondente ao dente em questão. *Dentes decíduos:* aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

### 5 - Dente Perdido por Outra Razão

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênicas.

### 6 - Selante

Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um composto. Se a superfície possui selante e está cariado, prevalece o código 1 (cárie).

*Nota:* Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície *oclusal*, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

### 7 - Apoio de ponte ou coroa

Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

### 8 - Coroa Não Erupcionada

Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. *Não* inclui dentes perdidos por problemas congênicos, trauma etc.

### 9 - Dente Excluído

Aplicado a qualquer superfície do dente que não possa ser examinada (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

**OBSERVAÇÃO:**

- Desdentados totais acima de 30 anos, marcar a opção 8 (não erupcionado) para terceiros molares e a opção 4 (perdido devido a cárie) para os demais dentes.
- Desdentados totais abaixo de 30 anos, perguntar ao participante sobre o motivo da perda dos dentes.
- Nas demais situações perguntar ao participante sobre o motivo da perda dos terceiros molares.

**QUADRO-RESUMO DOS CÓDIGOS PARA CÁRIE DENTÁRIA**

Superfície	Condição
0	HÍGIDO
1	CARIADO
2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
4	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
5	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
6	APRESENTA SELANTE
7	APOIO DE PONTE OU COROA
8	NÃO ERUPCIONADO
9	DENTE EXCLUÍDO

**CONDIÇÕES DA COROA DENTÁRIA**

Sentido do exame															
bd18	bd17	bd16	bd15	bd14	bd13	bd12	bd11	bd21	bd22	bd23	bd24	bd25	bd26	bd27	bd28
bd48	bd47	bd46	bd45	bd44	bd43	bd42	bd41	bd31	bd32	bd33	bd34	bd35	bd36	bd37	bd38