



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ASSOCIADOS AO
EDENTULISMO NO BRASIL**

NATAL/RN

2023

GÉSSICA DANDARA MEDEIROS DE SOUZA

**FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ASSOCIADOS AO
EDENTULISMO NO BRASIL**

Dissertação que será apresentada como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde da Família pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo

NATAL/RN

2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Souza, Géssica Dandara Medeiros de.

Fatores socioeconômicos e de assistência à saúde associados ao edentulismo no Brasil / Géssica Dandara Medeiros de Souza. - 2023.

48f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, 2023.

Orientador: Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo.

1. Saúde bucal - Dissertação. 2. Perda de dente - Dissertação.
3. Serviços de saúde bucal - Dissertação. I. Rosendo, Tatyana Maria Silva de Souza. II. Título.

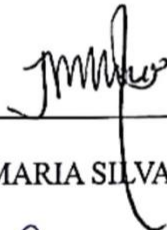
RN/UF/BSCCS

CDU 616.314-084

BANCA EXAMINADORA

**FATORES SOCIOECONÔMICOS E DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
ASSOCIADOS AO EDENTULISMO NO BRASIL**

Dissertação aprovada em: 19/04/2023



TATYANA MARIA SILVA DE SOUZA ROSENDO



DANIELA MENDES VEIGA PESSOA

gov.br

Documento assinado digitalmente
THIAGO GOMES DA TRINDADE
Data: 31/05/2023 22:32:21-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

THIAGO GOMES DA TRINDADE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que mesmo diante das dificuldades, encontram força em si mesmos para correr atrás dos seus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me permitiu chegar até aqui. Em segundo lugar, agradeço a mim mesma, que mesmo em meio às dificuldades, nunca renunciei a mim, aprendi durante o processo de construção desse trabalho a respeitar o meu tempo, os meus processos internos e a não me comparar com ninguém, nem mesmo comigo mesma. Gostaria de expressar minha gratidão também àqueles que me ajudaram nesse caminhar chamado mestrado, em especial a minha orientadora, pela paciência, suporte e aconselhamentos, a minha família e noivo, por todo suporte emocional e por sempre acreditarem em mim.

RESUMO

A perda total ou parcial de dentes ocasiona grandes prejuízos para indivíduo, podendo causar um impacto negativo na qualidade de vida. Apesar dos avanços obtidos através da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil ainda é marcado pela grande quantidade de perdas dentárias. O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores socioeconômicos e de assistência à saúde associados ao edentulismo no Brasil. Estudo transversal, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 de indivíduos a partir de 15 anos, totalizando 90.846 entrevistados. Realizou-se análise descritiva e multivariada binomial considerando os requisitos de amostras complexas, admitindo-se significância de 5% e IC de 95%. Observou-se a maior prevalência de edentulismo em pessoas com maior idade, com menor renda, do sexo feminino, sem instrução, residentes no interior, que tenham ido ao dentista pela última vez há mais de três anos e que possuíam cadastro na Atenção Primária em Saúde. O edentulismo no Brasil está relacionado a piores condições socioeconômicas e à dificuldade de acesso a tratamento odontológico, o que indica a necessidade de fortalecer a sua política nacional de saúde bucal.

Palavras-chave: Perda de Dente; Saúde Bucal; Serviços de Saúde Bucal.

ABSTRACT

Total or partial loss of teeth causes great harm to the individual and may have a negative impact on quality of life. Despite the advances obtained through the National Oral Health Policy, Brazil is still marked by the large amount of tooth loss. The aim of the present study was to analyze the socioeconomic and health care factors associated with edentulism in Brazil. Cross-sectional study, using data from the 2019 National Health Survey (PNS) of individuals aged 15 years and over, totaling 90,846 respondents. Binomial descriptive and multivariate analysis was performed considering the requirements of complex samples., assuming a significance of 5% and a CI of 95%. A higher prevalence of edentulism was observed in older people, with lower income, female, uneducated, living in the interior, who had last visited the dentist more than three years ago and who had registered with Primary Care in Health. Edentulism in Brazil is related to worse socioeconomic conditions and difficulty in accessing dental treatment, which indicates the need to strengthen its national oral health policy.

Keywords: tooth loss; oral health; dental health services.

LISTA DE SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS- Sistema Único de Saúde

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

eAB – Equipe de Atenção Básica

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Classificação e descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo.

Tabela 1- Médias, desvios-padrão, proporções e intervalos de confiança 95% da variável perda dentária e das variáveis socioeconômicas e demográficas e de assistência à saúde. Brasil, 2022.

Tabela 2- Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à perda dentária no Brasil. Brasil, 2022.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 RESGATE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA ODONTOLOGIA.....	14
2.2 EDENTULISMO.....	17
2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS AO EDENTULISMO.....	18
3 OBJETIVOS	22
3.1 GERAL.....	22
3.2 ESPECÍFICOS.....	22
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 FONTE DE DADOS.....	23
4.3 PARTICIPANTES.....	24
4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	24
4.4.1 Variável dependente.....	24
4.4.2 Variáveis independentes.....	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 RESULTADOS	32
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO	38
8 REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

As perdas dentárias, também conhecidas como edentulismo (total ou parcial), ocasionam grandes prejuízos para o indivíduo. Seus impactos podem ser expressos pela diminuição da capacidade mastigatória (HUNG et al., 2005), digestão, fonação e na estética, podendo ocasionar alterações de ordem psicológica e causar um impacto negativo na qualidade de vida (BARBATO et al., 2007; AZEVEDO et al., 2015), com reduções na autoestima e integração social (MOREIRA, NICO e TOMITA, 2011). De acordo com MOREIRA, NICO e TOMITA (2011), a perda dentária limita funções que estão diretamente ligadas a manutenção da qualidade de vida.

Contudo, sabe-se que grande parte da perda dentária é evitável. Ela reflete o acúmulo da carga de doenças bucais ao longo da vida, aspectos culturais e a decisão de extrair como opção de tratamento odontológico (KAY e BLINKHORN, 1996; GILBERT, DUNCAN e SHELTON, 2003).

As perdas dentárias são ainda marcadoras da desigualdade social (HUNG et al., 2005; BARBATO et al., 2007; SEERING et al., 2015). Grupos populacionais situados na base da hierarquia socioeconômica apresentam maior número de perdas dentárias do que os que estão situados no topo da escala (GILBERT, DUNCAN e SHELTON, 2003; BARBATO et al., 2007; HAUGEJORDEN, KLOCK, TROVIK, 2003; BERNABÉ e MARCENES, 2011; BULGARELLI e MANCO, 2008).

Apesar dos avanços obtidos através da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e da Estratégia em Saúde da Família, as décadas de modelos de atenção em saúde bucal com características excludentes, resultou em sequelas de doenças que requerem tratamentos cada vez mais complexos para recuperação e reabilitação em saúde bucal, devido ao grande número de perdas dentárias (BRASIL, 2011).

O alto índice de perdas dentárias associado à complexidade para reabilitação e recuperação da saúde bucal, culminou em uma “normalização” da perda de dentes, principalmente entre os idosos. No Brasil, culturalmente a perda dentária é vista como um processo natural do envelhecimento.

CAMPOS, VARGAS e FERREIRA (2014), em estudo realizado observaram que a maioria dos idosos de ambos os gêneros estavam satisfeitos com a própria saúde bucal, mesmo que as condições clínicas encontradas tenham revelado precariedade, com alta prevalência de perda dentária e necessidade de tratamento odontológico restaurador e/ou reabilitador, corroborando com os achados da literatura sobre a satisfação do idoso com a sua saúde bucal (SILVA, SOUSA e WADA, 2005; HAIKAL, PAULA e MARTINS, 2011; COSTA, SAINTRAIN e VIEIRA, 2010; BULGARELLI e MANCO, 2008). Esses estudos demonstram que essa “normalização” da perda dentária entre os idosos apresenta um caráter cultural e a visão que estes têm sobre sua saúde bucal.

Entretanto, sabe-se que é possível manter-se os dentes naturais até idades avançadas de forma funcional e saudável, desde que se destinem cuidados com a higiene bucal a população adulta, sendo a perda dentária reflexo da falta de prevenção e informação (SIMÕES e CARVALHO, 2011).

A Política Nacional de Saúde Bucal e Estratégia em Saúde da Família contribuíram para que uma maior parcela da população pudesse ter acesso aos serviços de saúde bucal, entretanto, o uso dos serviços odontológicos, especialmente entre os idosos, é muito baixo e pouco se sabe em que medida está relacionado à percepção sobre a necessidade de tratamento odontológico e à autopercepção da saúde bucal (MARTINS e BARRETO, 2008).

Portanto, é de fundamental importância conhecer os fatores socioeconômicos e de assistência à saúde associados ao edentulismo no Brasil para avaliação das atuais políticas públicas em saúde bucal, reformulação de políticas públicas e planejamento de estratégias e ações, possibilitando assim a construção de uma saúde bucal mais integral.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 RESGATE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA ODONTOLOGIA

Ao longo dos anos, vários modelos assistenciais foram preconizados na Odontologia com a finalidade de padronizar a atenção em saúde bucal, visando o estabelecimento de um modelo que atendesse todas as necessidades presentes, sem levar em consideração as especificidades de cada local.

Alguns dos modelos assistenciais em saúde bucal desenvolvidos no nosso país foram o sistema incremental, o programa de inversão da atenção e a atenção precoce em odontologia (NICKEL et al., 2008).

O sistema incremental foi instituído durante a década de 50, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo o primeiro programa de saúde pública do Brasil, cuja população alvo eram os indivíduos em idade escolar, que eram tidos como epidemiologicamente mais vulneráveis e, ao mesmo tempo, mais sensíveis às intervenções de saúde pública (NARVAI, 2006). A eleição dessa faixa etária se deu devido esta possuir uma maior incidência de cárie em fase inicial e por dispor de um grupo, na maioria das vezes, constante para atendimento (FRANKEL e CHAVES, 1952; RAMOS e PITONI, 1974). Dessa forma, o sistema incremental pode ser resumido como um programa intensivo e curativo, amparado em pobre metodologia preventiva-curativa, que tenta resolver em um curto espaço de tempo problemas acumulados em uma pequena parcela da população.

Apesar de terem existido avanços ao longo dos anos, esses modelos ainda eram bastante excludentes. O acesso dos brasileiros aos serviços odontológicos era extremamente escasso e limitado, fatores esses que contribuíam para que nosso país fosse por muitos anos, caracterizado como o país dos desdentados (AGOSTINHO, A.C.; CAMPOS, M.L.; SILVEIRA, J. L., 2015)

Com o intuito de promover uma atenção à saúde integral, a Odontologia foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, nos primeiros anos do SUS, a atenção à saúde bucal era incipiente e extremamente limitada.

No ano de 2004, foi instituída a Política Nacional de Saúde Bucal, também conhecida como Brasil Sorridente, pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, através da qual, a saúde bucal, foi colocada como uma das quatro áreas prioritárias do sistema único de saúde.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) constitui-se como uma série de medidas que visam garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, sendo esta fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).

Seu principal objetivo é a reorganização das práticas e qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo ações voltadas para todas as idades e todos os cidadãos, garantindo acesso ao tratamento odontológico através do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Pucca Jr. et al. (2010), essa política modificou o conceito de atenção à saúde bucal ao dar continuidade ao sistema de atenção integral previsto pelo SUS na sua criação.

As principais linhas de ação da PNSB são a reorganização da atenção básica, através da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia em saúde da família, a ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), a viabilização da fluoretação das águas nas estações de tratamento de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal, pelo monitoramento de tendências através da realização de estudos epidemiológicos periódicos (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Bucal também estabelece a definição de uma agenda científica que tem como finalidade o acompanhamento do perfil de saúde bucal dos brasileiros, para orientar as ações e serviços de saúde bucal com base em achados epidemiológicos (SOUZA et al., 2021).

As ações comunitárias também foram prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal, dentre elas, destaca-se a fluoretação das águas de abastecimento público. Segundo o Ministério da Saúde, 128.199.809 pessoas, correspondendo a 63,7% da população, tiveram acesso à água fluoretada em 2013, abrangendo 3.109 municípios (J. Grigoletto, comunicação escrita, 2015).

A efetividade da fluoretação das águas de abastecimento para redução significativa da cárie é bem estabelecida na literatura e esta, é reconhecida como uma importante medida de saúde pública. Entretanto, os diferentes níveis de acesso a rede de abastecimento de água

limitam essa avaliação, de modo que a fluoretação não atinge a população de maneira homogênea no contexto do nosso país. Apesar da grande ampliação na cobertura nacional, ainda existem diferenças regionais marcantes e uma relação direta com indicadores socioeconômicos (FRAZÃO P; NARVAI PC, 2017).

Com relação aos aspectos financeiros, estima-se que na primeira década da Política Nacional de Saúde Bucal, mais de US\$ 2,6 bilhões foram investidos em vários eixos considerados importantes para o seu fortalecimento como política, dentre eles estão o financiamento de estudos científicos que auxiliem no processo de tomada de decisão e formação de membros das equipes de saúde bucal (dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal). Essas iniciativas tinham como objetivo que, posteriormente, uma rede de atenção em saúde bucal efetiva e financeiramente sustentável fosse construída (PUCCA et al., 2015).

Tem-se evidências positivas que, de fato, após a criação da PNSB, a saúde bucal foi colocada como uma das áreas prioritárias do SUS, contribuindo para o estabelecimento de uma saúde integral. Podemos verificar isso através dos indicadores epidemiológicos de saúde bucal, investimentos financeiros e desenvolvimento profissional e construção de uma rede de atenção à saúde bucal ao longo dos anos (PUCCA Jr. et al., 2015).

Faz-se necessário mais investigações para estabelecer em definitivo o impacto da política na desigualdade e no desenvolvimento de indicadores de saúde em nível nacional e regional. Entretanto, os estudos já existentes demonstram que a estratégia de expansão gradual e direcionamento do financiamento público para a saúde bucal, no intuito de construir essa rede de atenção, pode estar conseguindo promover uma redução nas desigualdades em saúde (ANTUNES E NARVAI, 2010).

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal atuam como norteadoras na condução municipal na organização da atenção em saúde bucal através de indução avaliativa, visando reorientar concepções e práticas na área. Entretanto, cada município tem o seu tempo, intensidade e velocidade no processo de implementação dessas propostas. Dessa forma, em algumas localidades tem-se grande avanço na aplicação dos pressupostos da PNSB, enquanto em outros eles ainda não foram plenamente ou até mesmo, parcialmente aplicados (SOUZA et al., 2021).

No que diz respeito as outras políticas em saúde, a atual Política Nacional de Atenção Básica, trouxe importantes mudanças para a saúde bucal na Atenção Básica. As equipes que atuam na atenção básica, equipe de saúde da família (ESF) e equipe de atenção básica (eAB),

não precisam ter em sua composição mínima os profissionais de saúde bucal (dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal) (BRASIL, 2017).

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017).

A ausência de obrigatoriedade dos profissionais de saúde bucal nas equipes pode acarretar importantes mudanças no panorama da saúde bucal do país ao longo dos próximos anos, podendo modificar os importantes avanços que tivemos na redução da cárie dentária e de outros agravos bucais no Brasil.

Após 10 anos da política nacional de saúde bucal, estudos publicados analisando alguns de seus eixos, principalmente a implementação da saúde bucal na ESF (BALDANI et al., 2005; PEREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2012) e também dos CEO (GOIS et al., 2012; CHAVES et al., 2015; FIGUEREDO N, GOES PSA, 2009) evidenciam a persistência de desigualdades regionais (BALDANI MH, 2010; ANTUNES JFL, 2011). Os resultados obtidos apontam para desafios no financiamento (PUCCA-JR et al., 2010; KORNIS et al., 2011), na importância que do governo local na execução da política de saúde bucal (CHAVES et al., 2011; SOARES CL, PAIM JS, 2011; CUNHA et al., 2011; AQUILANTE AG, ACIOLI GG, 2015) e na implementação das ações coletivas (CARVALHO et al., 2009).

2.2 EDENTULISMO

O edentulismo é caracterizado pela perda dos elementos dentários, seja ela total ou parcial. É considerado um evento grave na vida dos pacientes e uma importante medida da condição de saúde bucal de uma população (VARGAS E PAIXÃO, 2005; MOREIRA, NICO E TOMITA, 2011; PAPADAKI, ANASTASSIADOU, 2012).

As perdas dentárias severas, consideradas assim quando o indivíduo tem menos de nove dentes presentes, são consideradas a trigésima sexta condição mais prevalente, com uma estimativa global de 2,3%, segundo estudo sobre a carga global das doenças realizado em 2010, demonstrando que este é um problema de saúde pública em escala mundial (MARCENES et al., 2013).

A perda dentária acarreta ao indivíduo uma série de problemas no quesito funcional, psicológico e social, e reflete, de maneira direta na alimentação, bem como na sua qualidade de vida. A completa ausência de elementos dentários traz consequências deletérias físicas, como a

reabsorção do rebordo residual e diminuição da função mastigatória e emocionais através da diminuição da capacidade social (EMAMI et al., 2013) .

A ausência dentária leva o indivíduo a adotar uma dieta mais pastosa, rica em carboidratos, o que leva a um aumento do peso corporal, e este, pode levar ao desenvolvimento de doenças sistêmicas como a obesidade, a hipertensão arterial, diabetes, entre outras. A perda dos dentes influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na gustação, estética e pronúncia (ANDRADE, A. et al., 2011).

Considera-se que um indivíduo com todos os dentes têm uma capacidade mastigatória de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar até 25% com o uso de próteses totais. A perda de capacidade mastigatória em pacientes que fazem uso de prótese e da sensibilidade mastigatória não está relacionada apenas com o uso da prótese propriamente dito, mas também as condições periodontais satisfatórias desses pacientes (BORGES et al., 2011).

2.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS AO EDENTULISMO

A saúde bucal no Brasil foi inserida na vigilância epidemiológica de maneira tardia, a partir da década de 1980, enquanto países desenvolvidos já a apresentavam desde as primeiras décadas do século XX. Com a Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, houve uma estruturação mais abrangente através do seu componente estratégico de vigilância a saúde bucal (SOUZA et al., 2021).

Os inquéritos epidemiológicos têm como objetivo fornecer informações para subsidiar o processo decisório em saúde pública. Dentre os mais relevantes no âmbito nacional, estão a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB BRASIL). Dados da PNAD (2003) revelaram que 27,9 milhões de brasileiros nunca tinha ido ao dentista, representando 16% da população (PUCCA Jr. et al., 2015).

De acordo com Souza et al. (2021), as principais experiências de levantamentos de dado em saúde bucal de caráter nacional se referem aos levantamentos de 1986, 1996, 2003 e 2010.

No ano de 1986, antes da implementação do Sistema Único de Saúde, ocorreu o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de abrangência nacional. Participaram do estudo, o Distrito Federal e 15 capitais de estados brasileiros participaram do estudo, a faixa etária

participante foram os adultos de 35-44 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). O levantamento subsequente, realizado em 2003, foi mais abrangente, incluiu moradores das zonas urbana e rural, ampliou as faixas etárias e os agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

NASCIMENTO et al. (2013) realizaram uma análise das condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010, no qual observaram uma importante redução da experiência de cárie, excetuando-se os homens das regiões Sul e Centro-Oeste, entre os anos de 1986 e 2003. Com relação ao sexo feminino, no ano de 1986, a região Nordeste tinha o melhor intervalo de valores para o índice CPOD e o pior intervalo de valores para o índice OH-D foi apresentado pela região Norte. Observou-se que em todas as regiões houve melhoria no número de dentes funcionais. Os dentes restaurados apresentaram uma expressiva tendência de aumento.

Os levantamentos do ano de 1986 e de 1996, tiveram algumas limitações em caráter metodológico, já os de 2003 e 2010 apresentaram grandes avanços, principalmente em relação a quantidade de municípios inclusos e ao introduzir a avaliação dos principais agravos à saúde bucal, como cárie, doença periodontal, edentulismo, oclusopatias e fluorose (SOUZA et al., 2021).

O objetivo da SB Brasil 2010 foi construir um banco de dados permanente com os principais indicadores epidemiológicos em saúde bucal, tendo em vista que a vigilância em saúde bucal é um dos principais pilares da Política Nacional de Saúde Bucal (PUCCA Jr. et al., 2015).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 revelou mudanças positivas, demonstrando uma alteração no perfil epidemiológico do país em algumas faixas etárias. O Brasil passou a integrar o grupo de países que apresentam crianças de 12 anos com baixa prevalência a cárie, segundo critérios da OMS. Houve uma redução da taxa de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD) de 2,8 (SB 2003) para 2,1 (SB 2010) (PUCCA Jr. et al., 2015).

Entretanto, chama-se atenção ainda para as diferenças regionais marcantes na prevalência e gravidade da cárie, pouca redução da cárie na dentição decídua (18%) e 80% dos dentes afetados continuam não tratados, a perda dentária em idosos ainda é significativa, apesar da necessidade de prótese terem reduzido entre adolescentes e adultos e prevalência de oclusopatias que requer tratamento em 10% dos adolescentes (NASCIMENTO et al., 2009; NASCIMENTO et al., 2013).

Foi observado também um declínio do CPOD entre adolescentes e um aumento do número de indivíduos livres de cárie. Entretanto, destaca-se a necessidade de corrigir as desigualdades sociais persistentes (RONCALLI et al., 2015).

Os adolescentes do sexo feminino, menos escolarizados e mais pobres tiveram, respectivamente, 59%, 124% e 184% maiores chances de apresentar perdas dentárias do que homens, indivíduos com escolaridade de até quatro anos e indivíduos com renda familiar maior do que R\$ 4.500,00 (PERES et al., 2013).

Entretanto, os avanços não foram positivos para todas as faixas etárias. Mais da metade (53,7%) dos idosos brasileiros são edêntulos (PERES et al., 2013). Outro estudo aponta que 88,5% da população idosa em 2010 tinham entre 0 a 20 dentes em boca e que, destes, 69,2% tinham necessidades protéticas (FERREIRA et al., 2013).

PESSOA, RONCALLI E LIMA (2017) realizaram um estudo, utilizando dados do SB BRASIL 2010, neste observaram que um alto percentual de idosos necessitavam de prótese total (56%), revelando uma alta taxa de edentulismo total entre a população idosa. Observou-se uma maior prevalência de necessidade de prótese entre idosos do sexo feminino, de 70 a 74 anos, pardos, residentes nas regiões norte e nordeste do Brasil e residentes em municípios não capitais. Uma maior necessidade de prótese total foi vista principalmente entre aqueles de baixo nível econômico.

Ainda em relação à perda dentária, as cidades de Porto Alegre, Aracaju, Salvador, Vitória, Belém, Florianópolis e Macapá apresentaram valores inferiores à média nacional, enquanto o interior da região Nordeste e Rio Branco apresentam valores mais elevados (PERES et al., 2013).

Entre os idosos, os fatores sociodemográficos relacionados ao edentulismo foram apenas renda e escolaridade. Conforme a diminuição da renda e da escolaridade, há um aumento na prevalência do edentulismo. Idosos do grupo de menor renda, apresentam prevalência quatro vezes maior do que os de maior renda e em relação à escolaridade, o edentulismo é duas vezes mais prevalente entre os menos escolarizados (PERES et al., 2013).

Estudos epidemiológicos revelam que as perdas dentárias constituem uma marca da desigualdade social em várias sociedades. Grupos populacionais situados na base da hierarquia econômica apresentam maior número de perdas dentários do que os que estão situados no topo

na escala (BARBATO et al., 2007; BERNABE E MARCENES, 2009; GILBERT et al., 2003; HAUGERJORDEN et al., 2003).

Esses resultados estão associados também ao perfil da prática odontológica desenvolvida, que é caracterizada por ações, em sua maioria, clínicas, com enfoque em procedimentos restauradores e ações preventivas direcionadas apenas a escolares, que se mostraram insuficientes para responder às necessidades da população (MOYSES et al., 2013). Os profissionais têm a tendência a perpetuar o modelo biomédico, que ainda é hegemônico, sendo necessários esforços contínuos nos campos da gestão do trabalho, formação e educação permanente (BRASIL, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar os fatores socioeconômicos e de assistência à saúde associados ao edentulismo no Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar a relação entre os fatores socioeconômicos e demográficos (idade, raça, sexo e escolaridade, local de residência) e o edentulismo.
- Identificar as características de assistência nos serviços de saúde (acesso aos serviços de saúde e o cadastro da atenção primária em saúde) que estão relacionadas ao edentulismo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal (ROUQUAYROL, 2018), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 (IBGE, 2020).

4.2 FONTE DE DADOS

A Pesquisa Nacional de Saúde é um inquérito de base populacional, representativo do Brasil e da população residente em domicílios particulares do seu território. É uma ferramenta importante para compreender as necessidades reais da população, condição de vida e saúde, fundamentais para o planejamento, criação e/ou aperfeiçoamento de programas e políticas de saúde (IBGE, 2020).

A população da PNS consistiu de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes em domicílios particulares permanentes, ou seja, aqueles que foram construídos com finalidade exclusiva para habitação. A amostra da pesquisa excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população, como agrupamentos indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado para criança e adolescente, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamento e comunidades quilombolas.

Foi utilizado um método de amostragem por conglomerado em três estágios, seleção dos setores censitários a partir unidades primárias de amostragem (UPA), seleção do domicílio em cada UPA e do residente com 15 anos ou mais de idade aleatoriamente, com base na lista de moradores obtida no momento da entrevista.

O questionário aplicado era dividido em três seções, o questionário domiciliar – que continha informações sobre o domicílio e visitas domiciliares realizadas por agentes de endemias e equipe de Saúde da Família, o questionário para todos os moradores do domicílio, no qual foram coletadas informações gerais sobre todos os moradores do domicílio e o questionário do morador selecionado, esse bloco de questões destinou-se a um morador selecionado, com 15 anos ou mais de idade. Um total de 108.457 domicílios foram selecionados, destes 100.541 estavam ocupados, resultando em um banco de dados de 279.382

respostas (94.114 entrevistas domiciliares). Os dados do PNS 2019 foram coletados entre agosto de 2019 e março de 2020.

Para este estudo foram utilizados dados dos seguintes módulos: B (visitas domiciliares de Equipes de Saúde da Família e Agentes de Endemias), C (características gerais do morador), D (característica de educação dos moradores), módulo U (saúde bucal) e variáveis derivadas.

4.3 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram todos os indivíduos a partir de 15 anos, entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde 2019, que responderam ao bloco de perguntas relativas à saúde bucal, totalizando 90.846 indivíduos.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.4.1 Variável dependente

A variável dependente do estudo é a presença do edentulismo, que consiste na perda dentária total ou parcial, tendo sido obtida através das seguintes perguntas: “Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima/baixo, o senhor perdeu algum?” e “Quantos dentes permanentes de cima/baixo perdeu?”.

4.4. Variáveis independentes

O estudo tem variáveis sociodemográficas, sendo elas o sexo, idade, raça, escolaridade, renda, local de residência e variáveis de assistência à saúde que incluem acesso aos serviços de saúde e cadastro da atenção primária em saúde.

No quadro 1 abaixo, tem-se a descrição de cada variável do estudo, com sua descrição e categorização.

Quadro 1. Classificação e descrição das variáveis dependentes e independentes do estudo.

Classificação	Descrição	
<i>Variável Dependente</i>		

Edentulismo	Ter pelo menos um dente perdido	Não (sem dentes perdidos) Sim (pelo menos um dente perdido)
<i>Variáveis Independentes</i>		
Sociodemográficas		Categorização
Sexo	Sexo	Homem Mulher
Idade	Idade, em anos, até o dia da entrevista	
Raça	Raça/cor da pele auto reportada	Branca Preta Amarela Parda Indígena
Escolaridade	<p>Maior grau de escolaridade alcançado</p> <p>Obs: As categorias de Médio incompleto será recategorizada para Fundamental completo ou equivalente.</p> <p>A categoria Superior incompleto ou equivalente será recategorizada para Superior completo ou equivalente</p>	<p>Sem instrução</p> <p>Fundamental incompleto ou equivalente</p> <p>Fundamental completo ou equivalente</p> <p>Médio completo ou equivalente</p> <p>Superior completo ou equivalente</p>

Renda	Renda em Dólar Pareado pelo poder de compra (PPP) A renda domiciliar per capita será convertida em dólar pareado pelo poder de compra. (OECD, 2022)	
Local de residência	Local da residência	Capital Região Metropolitana Interior
Assistência à saúde		
Acesso aos serviços de saúde	Última vez que o entrevistado se consultou com o dentista	Até 1 ano Mais de 1 ano a 2 anos Mais de 2 anos a 3 anos Mais de 3 anos Nunca foi ao dentista
Cadastro na Atenção Primária	Informações sobre se o domicílio vinculado a uma Equipe de Saúde da Família	Sim Não Não sabe

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consistiu de uma etapa inicial de limpeza, seguida da composição do banco de dados, análise de dados perdidos e *outliers*. As análises descritivas (frequências absolutas e relativas) levaram em consideração os requisitos de amostras complexas, ou seja, incluíram os pesos e efeitos do delineamento. As variáveis categóricas estão apresentadas em porcentagem com intervalo de confiança (IC) de 95% e as variáveis quantitativas estão apresentadas pela média e desvio padrão e, quando necessário, categorizadas pela mediana.

A razão de prevalência (RP) e a significância estatística foram calculadas através da regressão binomial, admitindo-se significância de 5% e IC de 95%. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para a análise múltipla.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de dados de domínio público, não foi necessária submissão de pedido ao Comitê de Ética e Pesquisa, conforme dispõe a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

Foram entrevistados um total de 90.846 indivíduos, dentre estes, podemos observar uma média de perda dentária de 7,26 dentes. A prevalência de indivíduos com pelo menos um dente perdido foi de 69,9%. A idade média foi de 43,34 anos, sendo 47,1% do sexo masculino e 52,9% do sexo feminino. Em relação à cor da pele, 44,16% se referiram ser pardos, 42,9% brancos, 11,39% pretos, 0,09 amarelos e 0,05% indígenas. A renda do lar média foi de US\$ 695,36. No que diz respeito à escolaridade, 33,28% possuem o ensino médio completo e 5,84% não apresentam instrução. Em relação ao local de moradia, 58,41% moram no interior, 24,46% na capital e 17,12% nas regiões metropolitanas (Tabela 1).

Em relação à assistência à saúde, a maioria dos entrevistados (49, 65%) relatou fazer até 1 ano da sua última consulta no dentista e 1,96% nunca foi ao dentista. Entre os entrevistados, 61,75 % relataram serem cadastrados na Atenção Primária, 26,92% disseram que não e 11,31% não souberam informar (Tabela 1).

Tabela 1. Médias, desvios-padrão (D.P.), proporções e intervalos de confiança 95% (IC95%) da variável perda dentária e das variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência à saúde. Brasil, 2022.

VARIÁVEIS		MÉDIA*	D.P.	IC95%	
DEPENDENTE					
Perda dentária		7,26	0,06	7,13	7,38
INDEPENDENTES					
SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS					
Idade		43,34	0,12	43,09	43,59
Renda do lar**		695,36	10,64	674,50	716,22
		Proporção* (%)		IC95%	
Sexo	Masculino	47,10		46,40	47,60
	Feminino	52,90		52,40	53,50
Raça	Branca	42,93		42,20	43,65

	Preta	11,39	10,99	11,81
	Parda	44,16	43,48	44,84
	Indígena	0,05	0,04	0,06
	Amarela	0,09	0,08	0,11
	Ignorado			
Escolaridade	Sem instrução	05,84	05,58	06,11
	Fundamental Incompleto	28,48	27,88	29,08
	Fundamental completo	17,43	16,93	29,08
	Médio completo	33,28	32,69	33,88
	Superior	14,95	14,35	15,57
Local de residência	Capital	24,46	23,93	24,99
	Região metropolitana	17,12	16,63	17,61
	Interior	58,41	57,71	59,12
ASSISTÊNCIA À SAÚDE				
Tempo da última consulta ao dentista	Até 1 ano	49,65	49,00	50,29
	Mais de 1 ano a 2 anos	16,90	16,41	17,39
	Mais de 2 anos a 3 anos	8,21	07,87	08,56
	Mais de 3 anos	23,27	22,73	23,81
	Nunca foi ao dentista	1,96	1,81	2,12
Cadastro na Atenção Primária	Sim	61,75	60,65	62,85
	Não	26,92	25,93	27,93
	Não sabe	11,31	10,75	11,90

*Total de entrevistados: 90.846.

**renda foi convertida em dólar pareado pelo poder de compra

Fonte: Próprio autor.

Na análise bivariada, observou-se associação de maior prevalência de edentulismo para pessoas com maior idade, com menor renda, do sexo feminino, sem instrução, residentes no

interior, que tenham ido ao dentista pela última vez há dois ou três anos e que possuam cadastro na Atenção Primária em Saúde, sendo todas essas associações estatisticamente significativas. A variável raça não foi estatisticamente significativa na análise bivariada em nenhuma categoria.

A avaliação dos dados da tabela 2, para a análise múltipla, mostra que os indivíduos do sexo feminino apresentam maior perda dentária em relação aos do sexo masculino. Em relação ao grau de instrução, tomando como referência os indivíduos que têm ensino superior, quanto menor o grau de instrução maior a perda dentária, dessa forma, os que apresentam maior perda dentária são os sem instrução. Os indivíduos residentes do interior apresentaram a maior perda dentária, adotando como referência os residentes na capital. A menor renda média e a maior idade também mantiveram a associação com a ocorrência do edentulismo, ou seja, para cada ano a mais de idade, a probabilidade de ter edentulismo aumenta em 6% e para cada dólar a mais na renda há uma redução de 1% na probabilidade de ter perda dentária.

Em relação à assistência à saúde, especificamente ao cadastro na atenção primária, tomando como referência os cadastrados na atenção primária, os indivíduos que não tem cadastro na Atenção Primária tem menor perda dentária. No que diz respeito a ida ao dentista, adotando como referência aqueles que tiveram a última consulta em até 1 ano, a menor perda dentária foi observada entre os que tem mais de 1 ano a 2 anos. Chama atenção para o fato da categoria “Nunca ter ido ao dentista” ter sua Razão de Prevalência invertida, se comparada à análise bivariada.

Tabela 2. Análise bivariada e multivariada dos fatores associados à perda dentária no Brasil. Brasil, 2022.

		Perda dentária					
Variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência		RP	IC95%RP	<i>p</i>	RP (ajust.)	IC95%RP (ajust.)	<i>p</i> (ajust.)*
Idade		1,05	1,05 – 1,05	0,000	1,06	1,05 – 1,06	0,000
Renda do lar		0,99	0,99 – 0,99	0,000	0,99	0,99 – 0,99	0,000
Sexo	Masculino	1					
	Feminino	1,29	1,05 – 1,05	0,000	1,22	1,18 – 1,25	0,000

Raça	Branca	1			---	---	---
	Preta	0,99	0,93 - 1,04	0,752	---	---	---
	Parda	1	0,97 - 1,04	0,632	---	---	---
	Indígena	1,00	0,90 - 1,34	0,315	----	----	----
	Amarela	1,10	0,72 - 1,08	0,253	----	----	----
	Escolaridade	Superior	1				
	Sem instrução	5,81	5,49 - 6,14	0,000	2,07	1,91- 2,25	0,000
	Fundamental incompleto	3,87	3,68 - 4,07	0,000	2,16	2,04 - 2,29	0,000
	Fundamental completo	1,44	1,35 - 1,54	0,000	1,53	1,44 - 1,64	0,000
	Médio completo	1,14	1,08 - 1,21	0,000	1,31	1,24 - 1,38	0,000
Local de Residência	Capital	1					
	Região metropolitana	1,12	1,07 - 1,18	0,000	1,06	1,01 - 1,11	0,010
	Interior	1,39	1,34 - 1,45	0,000	1,16	1,11 - 1,20	0,000
Tempo da última consulta ao dentista	Até 1 ano	1					
	Mais de 1 ano a 2 anos	1,21	1,15 - 1,27	0,000	1,03	0,98 - 1,09	0,174
	Mais de 2 anos a 3 anos	1,53	1,44 - 1,62	0,000	1,05	1,00 - 1,10	0,033
	Mais de 3 anos	2,84	2,74 - 2,94	0,000	1,17	1,14 - 1,21	0,000
	Nunca foi ao dentista	1,45	1,28 - 1,63	0,000	0,84	0,74 - 0,95	0,006
Cadastro na Atenção Primária	Sim	1					
	Não	0,76	0,73 - 0,80	0,000	0,88	0,85-0,91	0,000

*Regressão Binomial Negativa.

Fonte: Próprio autor.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que apesar dos avanços na saúde bucal que ocorreram nas últimas décadas no nosso país, o edentulismo ainda está fortemente associado a aspectos socioeconômicos e demográficos, como também a fatores relacionados a assistência à saúde. Observou-se uma associação de maior prevalência de edentulismo para pessoas com maior idade, com menor renda, do sexo feminino, sem instrução e residentes no interior. ROBERTO et al. (2019), realizaram uma revisão sistemática e meta-análise e seus achados demonstraram que tanto os fatores sociodemográficos quanto econômicos estão significativamente associados ao edentulismo.

O aumento da idade esteve relacionado com uma maior prevalência de edentulismo. Dessa forma, quanto maior a idade, maior a perda dentária. Esse achado pode estar associado com o fato de as pessoas de maior idade ainda serem reflexo de uma prática odontológica historicamente mutiladora e excludente, na qual além de as pessoas terem mais dificuldade de ter acesso aos serviços odontológicos, quando o frequentavam era para realizar procedimentos não conservadores, como a exodontias dentárias. Muitos estudos (PERES et al., 2013; MOREIRA et al., 2011; GAIO et al., 2007; RIBEIRO et al., 2016; HAIKOLA et al., 2008; ISLAS-GRANILLO et al., 2011; LAGUZZI et al., 2016; STAR et al., 2008) demonstraram prevalência de edentulismo superiores a 35% em populações idosas, sendo estas bastante acima da taxa máxima aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, que é de 5%.

Em relação ao gênero, observou-se uma maior prevalência de edentulismo nos indivíduos do sexo feminino do que no masculino. Esse resultado está possivelmente associado ao fato de as mulheres buscarem mais os serviços de saúde, dessa forma, são mais susceptíveis a realizarem procedimentos odontológicos que culminem na perda dentária. MOREIRA et al. (2005) relata que em todos os estudos que analisaram a influência do gênero sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, as mulheres apresentaram uma pior auto-avaliação da saúde e maior procura e consumo de serviços de saúde. GALVÃO et al. (2021), em seu estudo, observaram uma diminuição da utilização de serviços de serviços odontológicos públicos de acordo com a idade e uma baixa prevalência entre homens. BARBATO et al. (2007) em seu estudo encontraram que as perdas dentárias foram estatisticamente maiores para o gênero feminino, os moradores da zona rural, os de maior faixa etária, os pretos e pardos, os que apresentaram renda de até meio salário mínimo, os com escolaridade de até quatro anos, aqueles

com três anos ou mais desde a última consulta odontológica e os que referiram ter utilizado serviços odontológicos da rede pública.

De acordo com RUSSEL et al. (2013) a relação entre gênero e perda dentária é bastante complexa, pois elas não refletem apenas as disparidades de sexo/gênero nos níveis da doença dentária, mas também diferenças em fatores socioeconômicos, atitudes, crenças pessoais e culturais em relação aos dentes e aos cuidados dentários, disponibilidade, frequência e o uso do atendimento odontológico episódico quanto preventivo.

A menor renda média também manteve associação com o edentulismo, para cada dólar a mais na renda há uma redução de 10% na probabilidade de ter perda dentária. No Brasil, a cárie está concentrada nos grupos de menor renda (RONCALLI et al., 2016; RONCALLI et al., 2015), o que pode acarretar maiores chances de perda dentária. BONFIM et al. (2023) observaram em seus estudos que grande parte das desigualdades na diferença de renda, podem ser explicadas através de variáveis contextuais e individuais, a escolaridade, uso de fio dental e região de moradia foram as principais variáveis explicativas de como a renda está associada à perda dentária. LIMA-COSTA et al. (2003) referiram que uma menor renda está associada à pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde.

O grau de instrução demonstrou associação estatisticamente significativa com o edentulismo, quanto menor o grau de instrução, maior a perda dentária. Dessa forma, os indivíduos sem instrução foram os que apresentaram maior edentulismo. A relação entre edentulismo e baixa escolaridade pode estar associada ao fato de as pessoas com menores níveis de educação terem menor acesso aos serviços de saúde. Estudos demonstram que a baixa escolaridade está associada ao menor uso dos serviços de saúde (BOS e BOS, 2004; MATOS et al., 2001; MENDOZA-SASSI et al., 2003; MENDOZA-SASSI e RERIA, 2003). Esse acesso pode estar dificultado pela falta de conhecimento da necessidade da ida aos serviços de saúde, como também pelos fatores culturais e conhecimento de como se prevenir doenças. Os diferentes níveis de educação podem explicar essas diferenças através de fatores culturais e comportamentais relacionados a conhecimentos e habilidades para a prevenção de doenças e atitudes em relação a comportamentos saudáveis (BONFIM et al., 2023). Um menor grau de escolaridade também pode dificultar o acesso, devido à baixa escolaridade estar normalmente associada a uma baixa renda. De acordo com BONFIM et al. (2023), níveis educacionais mais baixos estão relacionados a desigualdades de renda na perda dentária em todas as faixas etárias, isso pode ser explicado devido a escolaridade superior servir como meio para que as pessoas

obtenham emprego, conseqüentemente associando-se a uma melhor posição socioeconômica e maior renda. Entretanto, o custo do tratamento não parece ser a principal barreira para o uso de serviços odontológicos, estando mais associado à escolaridade, tipo de tratamento preferido e percepção da necessidade de tratamento (MATOS et al., 2001).

No nosso estudo, não encontramos associação estatisticamente significativa entre a variável raça e o edentulismo em nenhuma categoria, corroborando os achados de ROBERTO et al. (2019), no qual a prevalência de edentulismo foi significativamente influenciada pelo sexo ($p < 0,0001$), mas não pela raça/etnia ou cor da pele. Entretanto, BARBATO et al. (2007), observaram em seu estudo que as perdas dentárias foram estatisticamente maiores para pretos e pardos. BONFIM et al. (2020), avaliando a relação entre desigualdades raciais e perda dentária nos idosos brasileiros, observou que a média de dentes perdidos foi menor para brancos do que para pardos e negros. Foi encontrada relação entre desigualdades raciais e dentição funcional entre os idosos brasileiros, com um perfil mais pobre para os pardos do que para os brancos. Pode-se observar ainda que o tabagismo e a frequência/razão das visitas ao dentista explicaram quase metade das lacunas raciais na perda dentária, especialmente na faixa etária mais jovem, que é de 50 a 59 anos.

O local de residência demonstrou estar relacionado ao edentulismo. Os indivíduos residentes do interior apresentaram maior perda dentária do que os residentes em regiões metropolitana e capitais. Corroborando os achados, BARBATO et al. (2007) observaram que moradores de zona rural apresentaram uma prevalência de perdas dentárias (> 12 dentes) 15% maior que os moradores de regiões urbanas. PESSOA, RONCALLI E LIMA (2017) também observaram em seus estudos que moradores de municípios que não a capital tem uma maior necessidade de prótese dentária, conseqüentemente, maior perda dentária.

Em relação à assistência à saúde, podemos observar uma importante associação entre cadastro na atenção primária e o edentulismo. Os indivíduos que relataram estarem cadastrados na Atenção Primária, apresentaram uma perda dentária maior do que os que relataram não estarem cadastrados. Uma possível justificativa para esse maior número de perdas dentárias seria o acesso. Os indivíduos cadastrados na Atenção Primária utilizam mais os serviços de saúde bucal inseridos na Estratégia em Saúde da Família, isso corrobora os achados de GALVÃO et al. (2021), que afirma que a falta de cadastramento nas equipes de Atenção Primária à saúde reduziu a utilização dos serviços públicos de saúde. PILLOTO e CELESTE (2021), observou que os indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família são mais

propensos a utilizar os serviços odontológicos do que os não cadastrados, reduzindo o uso de planos privados. PROSTB et al. (2016) afirma que ainda existem restrições ao acesso e ao uso de serviços odontológicos especializados no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente para a realização de tratamentos endodônticos, dessa forma, a extração se torne um tratamento inevitável quando a cárie se encontra em estágio avançado, com grande destruição tecidual, especialmente para os grupos de menor renda.

Dentre as atribuições do cirurgião-dentista na atenção primária estão a realização de tratamentos preventivos e restauradores, atendimento de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e ações de promoção e prevenção da saúde bucal individuais e coletivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Algumas das ações necessárias para recuperação e manutenção dos elementos dentários em boca, evitando assim sua perda, não são realizadas pela atenção primária e sim secundária, necessitando assim que esses indivíduos sejam encaminhados para outros serviços presentes na rede de atenção a saúde. Diante disso, é fundamental a ampliação da oferta de serviços de atenção secundária em saúde bucal para que mais pessoas possam ter acesso a serviços mais conservadores e que recuperem a estrutura dentária, como também, faz-se necessário a ampliação dos serviços de atenção primária em saúde para que mais pessoas tenham acesso a saúde bucal e a procedimentos preventivos prevenindo assim, a doença. PROBST et al. (2016), através de um estudo, relataram que 58% dos pacientes atribuíram a causa do edentulismo às doenças bucais e 42% relataram que o medo de submeter-se ao tratamento odontológico e/ou dificuldades de acesso a tratamento preventivo e restaurador foram responsáveis pela perda dental.

Outro fator que pode estar relacionado ainda é a perpetuação desse modelo histórico de uma Odontologia mutiladora, dessa forma, aqueles que frequentaram mais os serviços de saúde, perderam mais dentes. Mesmo atualmente, os idosos são os que apresentam o maior número de necessidades odontológicas acumuladas, revelando como se deu a historicamente, a caracterização da prestação da atenção odontológica, com ações de baixa complexidade e na sua maioria curativas e mutiladoras (PUCCA et al, 2015).

O tempo da última consulta ao dentista foi também uma variável utilizada para avaliar a assistência a saúde, podemos observar um aumento na perda dentária conforme aumenta o tempo da última consulta ao dentista. As pessoas que foram ao dentista há mais de 1 ano até 2 anos apresentam a menor perda dentária, já aqueles que fazia mais de 3 anos que não frequentavam o dentista apresentaram a maior perda dentária. É interessante destacar também,

que os indivíduos que relataram nunca ter ido ao dentista apresentaram uma menor perda dentária do que os que relataram ter ido ao dentista há menos de um ano. Podemos relacionar esses resultados com o acesso aos serviços de saúde, aqueles indivíduos que têm acesso aos serviços de saúde bucal tem uma maior possibilidade de ocorrência da perda dentária. Em contrapartida, os que não frequentam os serviços de saúde não irão relatar perdas dentárias, pois apesar de haver uma possível necessidade, o distanciamento do serviço impossibilita a realização de tratamentos.

O presente estudo apresenta alguns pontos fortes e limitações. O estudo apresenta limitações clássicas relativas ao seu desenho. Foram utilizados dados secundários de uma pesquisa de base populacional, sendo os dados sujeitos a viés de informação e memória, podendo alguns dados serem perdidos. Apesar das limitações presentes, este estudo fornece uma importante contribuição sobre o perfil do edentulismo no Brasil atualmente, trazendo quais os fatores socioeconômicos e de assistência à saúde estão associados à perda dentária, baseados no último levantamento epidemiológico que tivemos no nosso país.

7 CONCLUSÃO

Apesar dos grandes avanços no âmbito da saúde bucal, o edentulismo ainda é bastante presente em nossa população e está relacionado a piores condições socioeconômicas e à dificuldade de acesso a tratamento odontológico, refletindo a persistência das desigualdades em nossa sociedade. Faz-se necessária uma reavaliação da maneira como as atuais políticas públicas em saúde bucal estão sendo executadas, como também uma expansão dos serviços em saúde bucal para que mais indivíduos possam ter acesso a uma saúde bucal mais integral. Destaca-se a importância da realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal para avaliação das atuais políticas públicas, reformulação de políticas públicas, planejamento de estratégias e ações e modificação do cenário da saúde bucal.

8 REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A.C.; CAMPOS, M.L.; SILVEIRA, J. L. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção em saúde bucal entre idosos. *Rev Odont UNESP*, v. 44, n. 2, p. 74-79, abr. 2015.

ANDRADE ACEVEDO, R. et al. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, v. 6, n. 2. 2011.

ANTUNES, J.L.; NARVAI, P.C. Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities. *Rev Saude Publica*, v. 44, n. 2, p. 360–365. 2010.

AQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. Oral health care after the National Policy on Oral Health - “Smiling Brazil”: a case study. *Ciencias e SaudeColetiva*, v.20, n.1, p. 239-248, 2015.

AZEVEDO, M.S.; CORREA, M.B.; AZEVEDO, J.S.; DEMARCO, F.F. Dental prosthesis use and/or need impacting the oral health-related quality of life in Brazilian adults and elders: results from a national survey, *J Dent*, 2015; v.43, p.1436-1441. 2015.

BALDANI, M.H. et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Caderno de SaúdePública*, n. 21, v.4, p.1026-1035, 2005.

BALDANI, M.H.; ANTUNES, J.L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 272-283, 2011.

BARBATO, P.R. 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). *Cad. SaúdePública*, v. 23, v.8, p. 1803-1814.2007.

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003), *Cad Saúde Pública*, v. 23, p.1803-1814. 2007.

BARBATO, P.R.; NAGANO, H.C.; ZANCHET, F.N.; BOING, A.F.; PERES, M.A. 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), *CadSaude Publica*, v. 23, n.8, p.1803-14. 2007.

BERNABÉ, E.; MARCENES, W. Income inequality and tooth loss in the United States, *J Dent Res*, v.90, n.6, p.724-9. 2011.

BOMFIM, R.A.; CONSTANTE, H.M; CASCAES, A.M. Explaining income inequities in tooth loss among Brazilian adults. *J Public Health Dent*, p. 1–7. 2023.

BOMFIM, R.A.; SCHNEIDER, I.O.C; ANDRADE, F.B; LIMA-COSTA, M.F; CORRÊA, V.P; FRAZÃO, P. et al. Racial inequities in tooth loss among older Brazilian adults: A decomposition analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 49, p. 119–127. 2021.

BORDA, M.G. et al. Edentulism and its relationship with self-rated health: secondary analysis of the Sabe. *Acta Odontol Latinoam*, Ecuador, n. 30, v. 2, p. 83 – 89. 2009.

BORGES, T. et al. Mandibular overdentures with immediate loading: satisfaction and quality of life. *The International Journal of Prosthodontics*, v. 24, n. 6, p. 534–539. 2011.

BÓS, A.M.G; BÓS, A.J.G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública*, 2004, v. 38, p. 113-20. 2004.

BRASIL, 2016. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em 13 de Outubro de 2021.

BRASIL, 2017. Portaria nº 2. 436, de 21 de setembro de 2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acessado em 25 de março de 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE-SECRETARIA GERAL -SESSUS. Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério Da Saúde. A Saúde Bucal No Sistema Único De Saúde. Brasília - DF 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica - Saúde Bucal 2008. Brasília DF. Acessado em 29 de Março de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. SB-Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2014 Jan 9]. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf. Acessado em 15 out 2021.

BULGARELLI, A.F.; MANCO, A.R. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal, *Ciênc Saúde Coletiva*, v.13, p. 1165-1174. 2008.

CAMPOS, A.C.; VARGAS, A. M.; FERREIRA, E.F. Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros:um estudo de gênero com modelo hierárquico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, abr, p.757-773. 2014.

CHAVES, S.C. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Caderno de SaúdePública*, v. 27, n. 1, p.143-154, 2011.

COLEMAN, D. A. Replacement migration, or why everyone is going to have to live in Korea: a fable for our times from the United Nations. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences* 357.1420, p. 583-598.2001.

COLUSSI, C.F; FREITAS, S. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. *Gerodontology*, 2007, v. 24, n. 2, p. 93-97. 2007.

COSTA, E.H.; SAINTRAIN, M.V.; VIEIRA, A.P. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2925-2930. 2010.

CUNHA, B. A. et al. Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 2011, v. 20, n. 4, p.1033-1045, 2011.

DA VEIGA PESSOA, D.M.; RONCALLI, A.G.; DE LIMA, K.C. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*, v. 17, n. 5. 2017.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Coordenação Geral de Saúde Bucal. 2004. [acessado 2021 08 jun]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf. Acesso em 15 out 2021.

DUTRA, C.E.; SANCHEZ, H.F. Organização da Atenção à Saúde Bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras GeriatrGerontol*, v.18, n.1, jan./ marc. 2015.

EMAMI, E. et al. The impact of edentulism on oral and general health. *International Journal of Dentistry*, v. 2013, n.1, p. 498305:7. 2013.

FERREIRA, O.; ANTUNES, J.L.; ANDRADE, F. B. Factors associated with the use of dental services by elderly Brazilians. *RevSaude Publica*, v. 47 (Supl 3), p.90–97. 2013.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P.S. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Caderno de SaúdePública*, v. 25, n. 2, p. 259-267, 2009.

FRANKEL, M.J; CHAVES, M.M. Princípios básicos para a organização de um serviço dentário escolar. *Rev Bras Odontol*, v. 10, p. 236-248. 1952.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century. *Rev SaúdePública*, v. 51, n. 47. 2017.

GAIO, E.J; HAAS, A.N; CARRARD, V.C; OPPERMANN, R.V; ALBANDAR, J; SUSIN, C. Oral health status in elders from South Brazil: a population-based study. *Gerodontology*, v. 29, n. 3, p. 214-23. 2012.

GALVÃO, M.H.R; MEDEIROS, A.A; RONCALLI, A.G. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: A multilevel analysis. *PLOS ONE*, v.9, p. 1-14. 2021.

GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P; SHELTON, B.J. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*, v. 38, n.6, p.1843-62, 2003.

GOES, P.S. et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, v. 28(Supl.), p. 81-89, 2012.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria – Odontologia para bebês*, 2003. Disponível em LILACS-As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para Bebês; The origins, objectives and reasons of Dentistry for Babies (bireme.br). Acesso em 15 de Outubro de 2021.

HAIKAL, D.S.; PAULA, A.M.; MARTINS, A.M.; MOREIRA, A.N.; FERREIRA, E.F. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa, *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3317-3329. 2011.

HAIKOLA, B; OIKARINEN, K; SODERHOLM, A.L.; REMES-LYLY, T; SIPILA, K. Prevalence of edentulousness and related factors among elderly Finns. *J Oral Rehabil*, v. 35, n. 11, p. 827-835. 2008.

HAUGEJORDEN, O.; KLOCK, K.S.; TROVIK, T.A. Incidence and predictors of self-reported tooth loss in a representative sample of Norwegian adults, *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 31, n. 4, p.261-168. 2003.

HUNG, H.C.; COLDITZ, G.; JOSHIPURA, K.J. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 33, p. 167-173. 2005.

IBGE: Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 de janeiro de 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e utilização de serviços de saúde: 2019. Rio de Janeiro (RJ); 2020.

ISLAS-GRANILLO, H; BORGES-YAÑEZ, S.A; LUCAS-RINCÓN, S.E., et al. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. *Arch GerontolGeriatr*, v. 53, n. 3, p. 258-262. 2011.

KAY, E.J.; BLINKHORN, A.S. A qualitative investigation of factors governing dentists' treatment philosophies, *Br Dent J*, v.180,n.5, p.171-176.1996.

KLIPPEL, R. et al. Saúde Bucal de idosos de uma Equipe de Saúde da Família do município de Ponta Grossa/PR. *Odontologia Clínica e Científica*, Recife, v. 11, n. 3, p. 203-209, 2012.

KORNIS, G. E. M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis Revista Saúde Coletiva*, v. 21, n.1, p.197-215, 2011.

LAGUZZI, P.N; SCHUCH, H.S; MEDINA, L.D; AMORES, A.R; DEMARCO, F.F; LORENZO, S. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay. *J Public Health Dent*, v. 76, n.2, p. 143-151. 2016.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S; GIATTI, L; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *CadSaúdePública*, v.19, p. 745-57. 2003.

MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Caderno Saúde Pública*, v. 27, n. 3, p. 521-532, 2011.

MARCENES, W. et al. Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *J Dent Res*, v. 92, n. 7, p. 592- 597. 2013.

MARTINS, A.M.; BARRETO, S.M.; PORDEUS, I.A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 42, p. 487-496. 2008.

MATOS DL, LIMA-COSTA MF, GUERRA HL, MARCENES W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviçosodontológicos em adultos. *CadSaúdePública*,v.17,p. 661-8. 2001.

MATOS, D.L; LIMA-COSTA, M.F; GUERRA, H.L; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviçosodontológicos em adultos. *Cad SaúdePública*, v.17, p. 661-8. 2001.

MENDONZA-SASSI, R; BÉRIA, J.U; BARROS, A.J.D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saúde Pública, v. 37, p. 372-8. 2003.

MENDONZA-SASSI, R; BÉRIA, J.U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. CadSaúde Pública, 2003, v. 9, p. 1257-66. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Detalhes sobre Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.hpg.com.br/psf/principio%20s.htm>. Acesso em Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipe de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Bucal, Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986 [CD-ROM]. Brasília (DF); 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2012.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 21, v. 6, p.1665-1675, nov./dez. 2005.

MOREIRA, R.S; NICO, L.S; TOMITA, N.E; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad. Saúde Pública, v. 21, n.6, p.1665-1675. 2005.

MOREIRA, R.S; NICO, L.S; TOMITA, N.E; RUIZ, T. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. CadSaude Publica, v. 27, n. 10, p. 2041-2053. 2011.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *CadSaude Publica*, v. 27, n. 10, mar. 2011.

MOYSÉS, S.J., et al. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. *RevSaudePublica*, v. 47, suppl. 3, p. 161- 167. 2013.

NARVAI, P.C. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária a bucalidade. *Rev Saúde Pública*, v.40, n. esp, p. 141-157, 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30633.pdf. Acesso em 15 out 2021.

NARVAI, P.C. Saúde bucal: assistência ou atenção? Oficina do grupo de trabalho “Odontologia em Silos – Sistemas Locais de Saúde. 1992. Rede Cedros. Disponível em www.ccs.ufsc.br/spb/os3_narvai.pdf. Acesso em 15 Out 2021.

NARVAI, P.C. Saúde bucal: assistência ou atenção? São Paulo: Rede CEDROS; 1992.

NASCIMENTO, S; FRAZÃO, P; BOUSQUAT, A; ANTUNES, J.L.F. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Revista Saúde Pública*, v. 47, n. suplementar 3, p. 69-77. 2013.

NASCIMENTO, A. C., et al. Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *RevSaude Publica*, v. 43, n.3, p. 455-462. 2009

NASCIMENTO, A.C. et al. Oral health in the context of primary care in Brazil. *Int Dent J*, v.63, n.5, p. 237-243. 2013.

NEWTON, J.T. et al. A preliminary study of the impact of loss of part of the face and its prosthetic restoration. *J Pros Dente*, v. 82, p. 585-590. 1999.

NICKEL, A.D. Modelo de avaliação da efetividade da Atenção em Saúde Bucal – Dissertação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em http://nepas.ufsc.br/wp_content/upload/disserta%C3%A7%C3%A3o-DanielaNickel.pdf. Acesso em 01 out 2021.

OLIVEIRA, A.G.; ARCIERI, R.M.; UNFER, B; COSTA, I.C.; MORAES, E.; SALIBA, N.A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. 2, p. 9-13. 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde Bucal. <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/bucal.pdf>. Acessado em 29 de Março, 2023.

Organization for Economic Co-operation and Development. Purchasing power parities (OECD). Disponível em: <https://data.oecd.org/conversion/purchasing-power-parities-ppp.htm>. Acesso em 30 mar 2022.

PAPADAKI, E.; ANASTASSIADOU, V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. *Gerodontology*, v. 29, n. 2, p.721-727. 2012.

PEREIRA, A.C. Odontologia em saúde coletiva, planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003.

PEREIRA, C.R. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 985-996, 2009.

PEREIRA, C.R. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 3, p.449-462, 2012.

PERES, M. C. et al. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. *Revista Saúde Pública*, v. 47, n. 3, p. 78-89, 2013.

PERES, M.A; BARBATO, P.R; REIS, S; FREITAS, C; ANTUNES, J. Tooth loss in Brazil: analysis of the 2010 Brazilian Oral Health Survey. *Rev Saude Publica*, v. 47(Suppl 3), p. 78-89. 2013.

PILOTTO, L.M; CELESTE, R.K. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Cienc e Saude Coletiva*, v. 24, n.7, p. 2727-36. 2019.

PINTO, V.G. A Odontologia no município. Porto Alegre, RGO, p. 252.1996.

PIRES, R.O.M. A saúde pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família. Disponível em:

http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_didaticos/body/v04n1td1.html.

Acesso em 14 dez. 2004.

PROBST, L.F; AMBROSANO, G.M.B; CORTELLAZZI, K.L; GUERRA, L.M; RIBEIRO-DASILVA, M; TOMAR, S. et al. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cad. Saúde Colet*, v. 24, n. 3, p. 347-354. 2016.

PUCCA JR., G. A. et al. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research*. 2015

PUCCA JR., G.A.; LUCENA, E.H., CAWAHISA, P.T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the unified health system. *Braz Oral Res*, v. 24 (Suppl 1), p.26–32. 2013.

PUCCA-JR, G.A.; LUCENA, E. H.; CAWAHISA, P.T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Brazilian Oral Research*, v. 24, n. 1, p. 26- 32, 2010.

PUCCA, G.A; GABRIEL, M; DE ARAUJO, M.E; DE ALMEIDA, F.C. Ten years of a National Oral Health Policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*, v. 94, p. 1333-7. 2015.

RAMOS, P.A.; PITONI, L.C. Análise do Sistema Incremental – atendimento odontológico nas escolas municipais. In: *Relatório do 3o Encontro de Saúde Pública em Odontologia*. Porto Alegre: Prefeitura Municipal; 1974. p. 137-51.

RIBEIRO, C.G; CASCAES, A.M; SILVA, A; SEERIG, L.M; NASCIMENTO, G.G; DEMARCO, F.F. Edentulism, severe tooth loss and lack of functional dentition in elders: a study in Southern Brazil. *Braz Dent J*, v. 27, n. 3, p. 345-352. 2016.

ROBERTO, L.L; CRESPO, T.S; MONTEIRO-JUNIOR, R.S; MARTINS, A; HAIKAL, D.S. Sociodemographic determinants of edentulism in the elderly population: A systematic review and meta-analysis. *Gerodontology*, v. 36, p. 325–337. 2019.

RONCALLI, A.G; SHEIHAM, A; TSAKOS, G; ARAÚJO-SOUZA, G.C; WATT, R.G. Social factors associated with the decline in caries in Brazilian children between 1996 and 2010. *Caries Res*, v. 50, n.6, p. 551–9. 2016.

RONCALLI, A.G; SHEIHAM, A; TSAKOS, G; WATT, R.G. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.43, n.4, p. 317–24. 2015.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia e saúde*. 8.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

RUSSELL, S.L; GORDON, S; LUKACS, J.R; KASTE, L.M. Sex/Gender differences in tooth loss and edentulism: historical perspectives, biological factors, and sociologic reasons. *Dent Clin N Am*, v. 57, p. 317–337. 2013.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M.D. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista Saúde Pública*, v. 49, p. 98, 2015.

SEERIG, L.M.; NASCIMENTO, G.G.; PERES, M.A.; HORTA, B.L.; DEMARCO, F.F. Tooth loss in adults and income: systematic review and meta-analysis. *J Dent*, v. 43, p. 1051-9. 2015.

SILVA, D.D.; SOUSA, M.L.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*, v. 21, p. 1251-159. 2005.

SIMÕES, A.C.; CARVALHO, D.M. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro, *Cien Saude Colet*, v. 16, n.6, jun, p. 2975-2982. 2011.

SOARES, C.L.M, PAIM, J.S. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 27, n. 5, p.966-74, 2011.

SOUZA, D.J. et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, v. 2, p. 7 – 28. 2001.

SOUZA, G.C.A. et al. Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. *Cad Saúde Pública*, v. 37, n. 12. 2021.

STARR, J.M; HALL, R.J; MACINTYRE, S; DEARY, I.J; WHALLEY, L.J. Predictors and correlates of edentulism in the healthy old people in Edinburgh (HOPE) study. *Gerodontology*, v. 25, n.4, p. 199-204. 2008.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. CienSaude Colet, v.10, n.4, p.1015-1024. 2005.

WHO (2002) Active Ageing – a police framework. A contribution of the world health organization to the second united nations world assembly on aging. Madrid, Spain, april. 2002.

YELLOWITZ, J.A; SCHNEIDERMAN, M.T. Elder's oral health crisis, J Evid Based Dent Pract, v.14, suppl, p.191-200. 2014.