



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII  
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ARTHUR SILVA BORGES**

**RELAÇÃO DA RAÇA E NECESSIDADE DE PRÓTESES EM IDOSOS  
BRASILEIROS**

**ARARUNA  
2018**

**ARTHUR SILVA BORGES**

**RELAÇÃO DA RAÇA E NECESSIDADE DE PRÓTESES EM IDOSOS  
BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do curso de  
odontologia da UEPB – Campus VIII  
como requisito para a obtenção do título  
de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Pierre Andrade  
Pereira de Oliveira.

**ARARUNA  
2018**

ARTHUR SILVA BORGES

RELAÇÃO DA RAÇA E NECESSIDADE DE PRÓTESES EM IDOSOS  
BRASILEIROS

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à coordenação do curso de  
odontologia da UEPB – Campus VIII  
como requisito para a obtenção do título  
de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Pierre Andrade  
Pereira de Oliveira

Aprovada em: 28/06/2018.

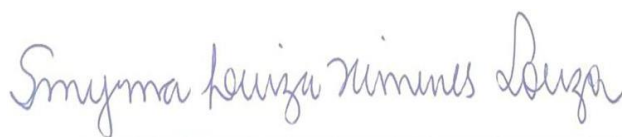
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Pierre Andrade Pereira de Oliveira (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Gustavo Gomes Agripino  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Esp. Smyrna Luíza Ximenes de Souza  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B674r Borges, Arthur Silva.

Relação da raça e necessidade de próteses em idosos brasileiros [manuscrito]: / Arthur Silva Borges. - 2018.

31 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2018.

"Orientação: Prof. Dr. Pierre Andrade de Oliveira, Departamento de Odontologia - CCTS."

1. Prótese dentária. 2. Odontologia. 3. Idosos. 4. Raça.

21. ed. CDD 617.69

Dedico este trabalho aos meus pais, pela batalha travada e vencida, a qual me deu condições para continuar.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que diante das dificuldades, abdicaram de seus próprios sonhos, para que posteriormente, eu e meus irmãos pudéssemos realizar os nossos. Nenhuma luta foi em vão, minha formação tem a assinatura de ambos: um pai presente e batalhador, e uma mãe resiliente e de um coração amável.

Ao meu professor, orientador e amigo Pierre Andrade, a quem eu devo a maior parte do meu conhecimento científico e metodológico. Obrigado por me abrir as portas da academia desde o princípio. Me apoiei em seus ombros e me deparei com um extraordinário mundo de novas informações.

Ao coordenador do curso de odontologia Gustavo Agripino, um guia indispensável nos momentos difíceis, um amigo singular nas horas vagas.

Ao meu irmão Heitor Borges, pelo seu apoio e zelo. Você me é um verdadeiro espelho de homem e profissional.

Ao meu velho amigo Gustavo Medeiros, a quem devo imensamente pelo apoio, pela força e pelo companheirismo. Foi uma honra, para mim, passar por todo este caminho compartilhando da sua amizade.

A minha adorável amiga e conselheira Allany Andrade, a quem atribuo tremenda confiança e lealdade. Sua amizade me vale mais do que ouro.

A minha querida dupla de clínica Lucas Emmanuell, com o qual evoluí junto. Sentirei saudades de todos os bons momentos que compartilhamos.

As minhas amigas Bianca Cabral e Lislely Costa, dois pilares essenciais para pôr o meu sorriso em dia.

Agradeço tanto aos amigos que fiz durante a graduação, quanto aos que me apoiaram à distância. A Jefferson Xenofonte, meu velho irmão, a Deryck Antony, uma figura ímpar que virou um grande parceiro. A Fábio da Costa, Alessandro Rozendo e Antero Júnior. Todos vocês são amigos que dispensam comentários, muito obrigado!

Por último, mas não menos importante, agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, tive a sorte de ter ótimos docentes e aproveitei ao máximo as suas capacidades. A todos os funcionários do Campus VIII, os quais desempenham papéis individuais e essenciais para o funcionamento da instituição como um todo.

“Enquanto imperar a filosofia de que há uma raça inferior e outra superior o mundo estará permanentemente em guerra.”

Haile Selassie.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>12</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>16</b>
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	16
3.2 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL .....	16
3.3 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.4 CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR DE PELE.....	17
3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	17
3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	17
3.7 AMOSTRA .....	18
3.8 ELENCO DE VARIÁVEIS.....	18
<b>3.8.1 Independentes socioeconômicas</b> .....	<b>18</b>
<b>3.8.2 Dependentes relacionadas ao uso de próteses</b> .....	<b>19</b>
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	20
3.10 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	20
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>29</b>



## RELAÇÃO DA RAÇA E NECESSIDADE DE PRÓTESES EM IDOSOS BRASILEIROS

Arthur Silva Borges\*

### RESUMO

**Objetivo:** O presente trabalho buscou investigar a existência de distinções acerca da necessidade de prótese em idosos de acordo com a raça. O estudo possui caráter descritivo analítico, utilizando dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010. **Métodos:** Foram incluídos examinados autodeclarados brancos, pardos ou pretos, residentes em todo o Brasil, com idades entre 65 a 74 anos. A análise univariada avaliou características gerais da amostra, traçando um panorama das diferenças nas condições de saúde bucal entre idosos brancos e negros. A análise bivariada foi usada para estudo de associação entre variáveis, onde foi aplicado o teste estatístico Qui-quadrado de independência para verificar se existe relação entre as mesmas. O modelo de análise multivariável da regressão logística serviu para elucidar se a raça influencia na pior condição de saúde bucal ou na dificuldade de utilização dos serviços, considerando um modelo ajustado pelo sexo, faixa de renda e escolaridade. **Resultados:** A relação estatística bivariada demonstrou maior necessidade do uso de prótese na população idosa negra. Os valores mais influentes na disparidade foram escolaridade e renda. A necessidade do uso de prótese inferior, reforça estatisticamente a condição desfavorável para idosos negros. A necessidade de prótese superior é igualmente menor na população idosa branca, e as variáveis dor e tempo são as principais protagonistas nesse quadro. **Conclusão:** Concluiu-se, portanto, que existem disparidades significativas na prevalência do uso de prótese inferior e superior na população branca e não branca, ainda que ajustados por sexo, idade, dor, tempo, escolaridade e renda.

**Palavras-Chave:** Raça. Idoso. Necessidade de prótese.

### 1. INTRODUÇÃO

O enfoque dos estudos raramente é direcionado aos negros, sobretudo quando o tema em questão é saúde. Antes presente em pesquisas, congressos e mesas redondas, temas como “raça e saúde” foram aos poucos desaparecendo nas investigações e diagnósticos da comunidade científica (CHOR, 2013). Tendo em consideração o cenário atual da pirâmide populacional – onde se constata evidente envelhecimento da população brasileira –, surge, como consequência, um quadro caracterizado pelo aumento de doenças crônicas e degenerativas, possivelmente

---

\* Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus VIII.  
Email: arthursb90@gmail.com.br

justificadas pela ineficiência de programas públicos de atenção e saúde à população idosa. (DE ALMEIDA et al., 2017; AGOSTINHO, CAMPOS, SILVEIRA, 2015).

Fatores como raça, renda, escolaridade e acesso à informação, como muitos outros, incidem notoriamente no nível de atenção à saúde do indivíduo, criando um obstáculo para o acesso ao tratamento odontológico (MARTINS et al., 2009). Entretanto, De Almeida et al. (2017) aponta outras barreiras condizentes com a população idosa em geral, ao relatar que as principais dificuldades não estão associadas diretamente com o estado de dependência física natural, mas com custos de procedimentos, de deslocamento, ajuda de terceiros e tempo de espera entre consultas quando os tratamentos são de urgência.

O censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou que a maioria (50,7%) da população brasileira é negra (pretos e pardos) (GUIOTOKU et al., 2012). O racismo e a desigualdade social observados no núcleo social, frutos da concentração de renda da porção mais rica da sociedade, confere tremenda desvantagem econômica e consolida a cronicidade da situação da saúde na qual vive essa população (GUIOTOKU et al., 2012; ZAMORA, 2012; SANTOS, 2009).

Segundo Guiotoku et al. (2012), o IDH da população negra, bem inferior à da branca, evidencia fielmente a necessidade de prótese e ocorrência de edentulismo, como em seu estudo, o qual aponta carência de próteses para a população negra. O edentulismo se tornou um sério problema de Saúde Coletiva, de grande demanda populacional e de necessidade de tratamentos protéticos. Não obstante as medidas educativas e preventivas, as medidas reabilitadoras são de extrema importância (DE ALMEIDA et al., 2017).

Quando analisado as consequências do envelhecimento na cavidade bucal, percebem-se como problemas mais comuns decorrentes deste a perda dental, a cárie coronária e radicular, periodontopatias, desgastes dentais e câncer bucal (SILVA, 2011). De certo modo, sobretudo no meio cultural, a perda dos dentes é vista como um fenômeno natural do envelhecimento. Atualmente, porém, sabemos que esse fato se deve à falta de prevenção, informação e cuidados com a higiene oral – sobretudo na fase adulta, o que favoreceria a manutenção dos dentes naturais até idades mais avançadas, de forma saudável e funcional –. Todavia, o Brasil ainda carrega consigo o infeliz apelido de país dos desdentados (AGOSTINHO, CAMPOS, SILVEIRA, 2015).

A saúde bucal dos idosos ainda é bastante negligenciada. Seja por falta de conhecimento da importância de se manter um cuidado, ou por dificuldade de conseguir atendimento na rede pública ou privada (PERES, 2012). Infelizmente a precariedade da saúde bucal da população idosa reflete na alta prevalência de edentulismo e conseqüentemente à necessidade do uso de próteses, o que força uma demanda maior dos serviços públicos direcionados aos idosos brancos e não brancos (GUIOTOKU et al., 2012; VILELA et al., 2013; MARTINS et al., 2009).

Reis et al. (2015, apud BERGER et al., 2018) apontam que o edentulismo pode comprometer a qualidade de vida do idoso e julgam o alto grau desta condição na população brasileira, como consequência da falta de políticas públicas destinadas à população em questão. Por outro lado, Berger et al. (2018) em seu artigo, cita estudos de diversos autores que trazem à luz, a deficiência do modelo de atenção cirúrgico-restaurador, segundo o qual os tratamentos se resumem a extração dentária, uma prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde pública para solução rápida da dor.

Dados preliminares do SB BRASIL2010 demonstraram melhoria nas condições de saúde bucal da população adulta no quesito à demanda por próteses dentárias, e felizmente nota-se hoje o grande esforço das políticas públicas de saúde no Brasil, bem como a promoção à saúde bucal na velhice, fato que proporcionam mudanças positivas na qualidade de vida da população idosa negra e branca. Porém, esses avanços, embora significativos, não mascaram a precariedade da situação da saúde bucal no país comparando-se tal situação às de outras nações em desenvolvimento (DE MEDEIROS et al., 2012; BULGARELLI et al., 2008).

Portanto, o objetivo desse trabalho é investigar se existe desigualdade entre raças quanto à necessidade de próteses na população idosa do Brasil, tendo como base números publicados pelo SBBRASIL 2010.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

Despreendendo-se da definição de cor de pele, o termo raça é ainda bastante discutido como ideologia, visto que se utilizou de seu significado para a causa da escravidão na época da colonização, segregação e perseguição (SANTOS, 2009; SILVA Jr., 2008 apud ZAMORA, 2012). Ainda assim, produz efeitos de agrupamentos em indivíduos que compartilham alguns aspectos físicos

semelhantes, e determina certos costumes negativos frente a esta população (ZAMORA, 2012).

O levantamento do IBGE de 2010, constatou um total de 42,1% de pardos e 5,9% de negros autodescritos na população brasileira, resultando em quase metade do total, se reunidas as percentagens. O censo de 2010 revelou, pela primeira vez, que mais da metade da população brasileira se autodeclarava negra, tornando o termo “minorias” equivocado (ZAMORA, 2012).

No âmbito educacional, é evidente a inequidade relacionada ao acesso às escolas entre brancos e negros, onde estes últimos ainda apresentam maior incidência de analfabetismo. Isso demonstra que as disparidades estão presentes desde muito cedo na população negra, não se restringindo aos idosos. O IBGE de 2010 acusou que 62,8% de estudantes universitários eram brancos, entre 18 e 24 anos (VALENTE, 2005 apud ZAMORA, 2012).

A situação não é diferente na saúde, já que por se tratar de uma população menos instruída educacionalmente e, residente em regiões com menos serviços de infraestrutura básica, ela acaba sujeita à marginalização e exclusão. Isso dificulta o acesso ao SUS. Assim, os agravos se fazem presente pela vulnerabilidade desta população. Esta, apesar de numerosa, ocupa a camada cronicamente pobre, em relação à situação de desigualdade em saúde (GUIOTOKU et al., 2012; ZAMORA, 2012). Dentre os diversos índices de desigualdade racial em saúde, cita Schwarcz (2017), está a razão de mortalidade materna que é 66% maior nas mulheres negras, segundo os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde.

As doenças bucais também se demonstram consideráveis quando é expressa uma hierarquia biológica acerca da desigualdade, traduzindo os fatores sociais para os mecanismos de vida. Não somente os agravos à saúde do adulto e idoso têm sido relacionados à educação, raça e renda. Guiotoku et al. (2012) explica que as marcas da doença bucal estão expressas em indivíduos pobres, com menores chances de inserção no mercado, e ainda assim, são pouco estudadas nos aspectos da causa e efeito. É evidente, portanto, a necessidade de maiores estudos e intervenções em saúde.

O Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal (SB Brasil) de 2003 caracteriza o cenário de saúde bucal da população adulta e idosa com expressiva perda dentária e necessidade de prótese. A limitação no acesso aos

serviços de saúde se dá, ainda, pelo alto custo dos tratamentos (PINTO, 2003 apud GUIOTOKU et al., 2012).

A cárie, doença periodontal e trauma são as principais causas de perda dentária, e o perfil epidemiológico se agrava devido a história médica condizente à falta de acesso aos serviços odontológicos. É muito comum o agravamento da condição oral do paciente, fazendo com que haja impossibilidade do tratamento protético. Outro problema está impregnado no modelo de atenção à saúde pública atual, onde o encaminhamento dos casos mais complexos para a atenção especializada é dificultoso ou impossibilitado (COLUSSI e PATEL, 2016).

Segundo Azevedo et al. (2017), as perdas dentárias, prejudicam a mastigação, digestão, fonação e estética, o que remete ao aparecimento de distúrbios psicológicos, que por sua vez, interferem negativamente na qualidade de vida. O autor cita ainda, que as estatísticas do uso e a necessidade de prótese são investigados baseando-se em índice desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabeleceu como meta global para o ano de 2000, que pelo menos 50% da população entre 65 a 74 anos deveriam ter o mínimo de 20 ou mais dentes na boca. No entanto, dados do levantamento nacional do SBBRASIL de 2003 demonstrou outra realidade, em que apenas 10,3% dos indivíduos dessa faixa etária possuíam 20 ou mais dentes presentes. Nos dados do SBBRASIL 2010, esse percentual subiu para 11,5%, onde se constatou que a perda dentária diminuiu entre os mais jovens, mas entre os idosos ainda era um fator preocupante.

Guiotoku e colaboradores realizaram em 2012, um estudo pelo qual analisou as iniquidades raciais verificando dados secundários do SB Brasil 2003, incluindo condições em adultos, do tipo cárie, perda dentária, edentulismo anterior, experiência de dor de origem dentária e necessidade e prótese. O autor conseguiu evidenciar uma maior vulnerabilidade de tais condições para a população negra (pretos e pardos), em relação aos brancos. A perda dental e necessidade de prótese, essencialmente, segundo o autor, estiveram correlacionadas com o IDH e a renda média familiar. Como esta última é menor na população negra, é deduzível que os pretos e pardos são os que mais necessitam de prótese dentária. A população idosa residente no Brasil, em sua maioria, recebe em média um salário mínimo, estando sujeita a debilidades socioeconômicas que repercutem negativamente sobre sua condição de saúde bucal (PALMA et al., 2016).

Segundo a ONU (2003, apud MOURA et al., 2015), estima-se que dentro de vinte e cinco anos, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, girando em torno de trinta e dois milhões de indivíduos com sessenta anos ou mais. A saúde bucal do idoso brasileiro é precária. Embora este tenha direitos de integração efetiva ao Sistema Único de Saúde (garantidos tanto pela Política Nacional do Idoso quanto pelo Capítulo IV do Estatuto do Idoso), estes serviços não adotam prioridade de atenção para esta população, que pelos fatores já citados, é a mais acometida pela cárie, doença periodontal e edentulismo.

O edentulismo, é um agravo de saúde pública que demonstra a gravidade da situação de condição bucal de uma população. Do ponto de vista cultural, é tido normalmente apenas como mais um acontecimento natural do envelhecimento, porém hoje é sabido que se trata da ausência dos cuidados preventivos e higiênicos, cuidados estes que deveria ser direcionado para a população adulta, proporcionando a manutenção saudável dos dentes na boca (COLUSSI e PATEL, 2016 apud AGOSTINHO, CAMPOS, SILVEIRA, 2015).

Para compreender as necessidades do idoso, é importante entender os aspectos subjetivos ligados à sua autopercepção de saúde bucal, de qualidade de vida, e outros fatores que são tidos como influenciadores e motivadores para a adesão ao tratamento e para auto higiene. Os fatores que estão relacionados com a autopercepção de saúde, cita Agostinho (2015), são principalmente renda e escolaridade. Estando tais fatores atrelados à variável raça, é plausível que a autopercepção também seja um fator refletido mais notoriamente na população negra.

Contudo, frente a precariedade do atendimento público, e da inviabilidade de acesso a consultas particulares e/ou planos de saúde, os idosos geralmente se descuidam da higiene, sendo acometidos pelos problemas bucais (VASCONCELOS, 2012 apud MOURA et al., 2014). Isso fez necessário o planejamento e adequação de políticas públicas objetivando melhorar as condições de vida dos idosos. Da Silva Melo et al. (2017) cita os seguintes projetos: Política Nacional de Assistência Social, Estatuto do Idoso, Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre outros.

Da Silva Melo et al. (2017) reitera que idosos menos escolarizados recebem serviços de saúde de qualidade inferior quando comparados aos que possuem maior nível de instrução, conferindo uma desigualdade social nesse quesito. Idosos sem

escolaridade também participam menos das decisões envolvendo a própria saúde. Com relação a raça, idosos que se autodeclararam negros tiveram uma menor percepção positiva do respeito à sua privacidade durante o atendimento e das orientações recebidas dos profissionais de saúde durante a consulta – e nesse ponto o autor cita outros estudos que corroboram a afirmativa de que o fator raça é limitante no tocante à saúde.

Ainda são escassos os estudos envolvendo necessidade de prótese, e políticas públicas direcionadas à saúde bucal de adultos e idosos de acordo com a raça. Os poucos existentes, preferem explorar a cárie e a perda dentária e raramente traçam um parâmetro de iniquidade existente entre os dois grupos nos serviços de saúde pública (COLUSSI e PATEL, 2016). É imprescindível o desenvolvimento da produção científica voltada para a população idosa, sobretudo para a porção mais carente desta, a negra, afim de servir como subsidio ao desenvolvimento de programas odontológicos destinados a curar e educar acerca das condições bucais e de autopercepção (VASCONCELOS, 2012 apud MOURA et al., 2014).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 DESENHO DE ESTUDO**

O presente estudo é do tipo transversal, de caráter quantitativo, descritivo e analítico, com a utilização de dados secundários coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010.

#### **3.2 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**

O SBBrasil constitui uma estratégia que visa caracterizar os principais agravos de saúde bucal no Brasil. O principal objetivo do SB Brasil é conhecer a situação da saúde bucal da população urbana, e a partir desses dados propiciar a criação de medidas que ajudem na criação de políticas que solucionem os principais problemas de saúde bucal da população. Além de montar uma base de dados para a vigilância dos dados sobre saúde bucal (BRASIL, 2010).

A avaliação do uso e necessidade de prótese feita pela plataforma, ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.

### 3.3 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo utilizou os dados de todas as regiões brasileiras, avaliando em dimensão nacional.

### 3.4 CATEGORIZAÇÃO DA VARIÁVEL RAÇA/COR DE PELE

O SB Brasil utilizou para coleta dos dados sobre o quesito “cor de pele”, a classificação recomendada pelo IBGE e pela Resolução 196/96 que estabelece normas de ética em pesquisa envolvendo seres Humanos. Essa aferição tem como base a aparência física do indivíduo que responde ao questionamento do entrevistador “qual sua cor de pele/raça?”, configurando a forma de autoclassificação que consiste na declaração do indivíduo sobre uma das cores/raça padronizadas: branco, pardo, preto, amarelo ou indígena (IBGE, 2000).

A cor de pele é uma forma de classificação da raça utilizada no Brasil, ao juntarmos pardos e pretos está se falando de raça negra, ao ser usado separadamente está se falando de cor de pele. O Estatuto da Igualdade Racial reafirma a população negra como o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas (TRAVASSOS, 2004; OLIVEIRA, 2004; BRASIL, 2010).

### 3.5 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída dos indivíduos de 65 a 74 anos incluídos no SBBrasil 2010.

### 3.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo apenas os examinados que:

- a) Se declararam como brancos, pardos ou pretos;



b) Na faixa etária de 65 a 74 anos.

### 3.7 AMOSTRA

O número amostral foi composto por 7.426 idosos sendo 3.577 brancos e 3.849 negros (junção de 2.970 pretos e 879 pardos) examinados que se enquadraram nos critérios de inclusão no levantamento realizado pelo SBBRASIL 2010.

### 3.8 ELENCO DE VARIÁVEIS

#### 3.8.1 Independentes Socioeconômicas

Variável	Definição	Método de categorização	Operacionalização Original	Nova operacionalização
Cor de pele /Raça	Forma de estratificação social, usando traços físicos para classificação.	Classificação Junção de pretos com pardos (Negros ou não brancos).	1. Branco 2. Preto 3. Pardo	1. Branco 2. Não branco
Sexo	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora	Original	1. Masculino 2. Feminino	
Idade	Faixas e anos completos na data do exame.	Percentil	Numérica	1. 65 e 66 anos 2. 67 e 68 anos 3. 69 a 72 anos 4. 73 e 74 anos

Escolaridade	Classificação dos anos de estudo do examinado.	Classificação	Quantidade Numérica 99. Não sabe/não respondeu	1. Sem escolaridade 2. 1 a 4 anos 3. 5 a 8 anos 4. 9 a 16 anos
Faixa de Renda	Soma da renda de todas as pessoas que moram na residência.	Original	1. Sem renda 2. Até 1 salário mínimo 3. De 1 a 2 salários mínimos 4. Acima de 2 salários mínimos	

### 3.8.2 Dependentes relacionadas ao uso de próteses

Variável	Definição	Método de categorização	Operacionalização Original	Nova Operacionalização
Uso de prótese	Se o examinado utiliza alguma prótese.	Categorização	0. Não usa 1. Uma ponte fixa 2. Mais de 1 ponte fixa 3. Parcial removível 4. Prótese total	0. Não usa 1. Usa algum tipo de prótese
Necessidade de prótese	Se o examinado necessita de algum tipo de prótese.	Categorização	0. Não necessita 1. Parcial 1 maxilar 2. Parcial 2 maxilares 3. Total 1 maxilar 4. Parcial e total 5. Total 2 maxilares	0. Não necessita 1. Necessita

### 3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As responsabilidades éticas quanto à realização dos exames foram atribuídas pelo projeto SB Brasil 2010 que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde no qual segundo seu relatório foi seguido todas as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

### 3.10 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para resumo dos dados e análise foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science). A análise univariada foi feita com o objetivo de avaliar as características gerais da amostra e traçar de uma forma descritiva um panorama das diferenças entre as condições de saúde bucal entre brancos e não brancos.

Na análise bivariada foi usada para o estudo de associação entre variáveis no qual foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado de independência para verificar se existe ou não relação entre as variáveis. O modelo de análise multivariada através da regressão logística serviu para elucidar se a cor de pele pode influenciar em uma pior condição de saúde bucal ou dificuldade na utilização dos serviços, considerado um modelo ajustado pelo sexo, faixa de renda e escolaridade.

## 4. RESULTADOS

Idosos não brancos, segundo a relação estatística bivariada apresentam maior necessidade do uso de próteses comparando-se com idosos brancos. As interseções entre a prevalência na necessidade do de próteses e as demais variáveis (cor de pele, sexo, idade, dor, tempo escolaridade e faixa de renda) se demonstram expressivas e influentes no resultado. A variável cor de pele por si só, remete grande relevância na constatação de que necessidade do uso de próteses (tanto inferior como superior) no idoso não branco é sempre maior.

Dos valores do modelo não ajustado para o que considera sexo e idade, a desigualdade não é tão evidente, assim como o ajuste para dor. Do contrário, o tempo parece aumentar a razão da prevalência. Novamente ajustado por escolaridade e renda, o valor da razão aumenta consideravelmente, sendo estes os

valores mais influentes na disparidade na necessidade do uso de próteses no geral. (Tabela 01).

A segunda tabela elucida a análise bivariada com relação às interseções entre prevalência do uso de prótese inferior considerando as mesmas variáveis da primeira tabela. Idosos brancos usam mais próteses inferiores que os não brancos. O modelo não ajustado reafirma essa questão. Ajustados por sexo e idade a desigualdade permanece, e o mesmo se observa ao adicionar dor e tempo no ajuste. Acrescentando escolaridade e renda no modelo, o valor da razão de prevalência sofre uma diminuição, porém ainda confirma uma maior prevalência do uso de próteses inferiores em idosos brancos comparados aos não brancos. (Tabela 2).

Novamente através da análise bivariada, é feita uma interseção, desta vez para os cruzamentos entre a prevalência do uso de prótese superior relacionada com as demais variantes já citadas nas tabelas anteriores. Os números mostram que a prótese superior é frequentemente mais usada pelo idoso branco do que o idoso não brancos. O modelo não ajustado não distorce muito esse quadro. O ajuste por sexo e idade também não garante mudanças na razão, afirmando mais uma vez que o idoso não branco é menos suscetível ao uso de próteses superiores. Ao acrescentar no ajuste dor e tempo o valor da razão de prevalência aumenta, e ajustando com a escolaridade e renda, o valor da razão diminui, mas não isenta a desigualdade na comparação. (Tabela 3).

**Tabela 01 - Modelo de análise multivariado da necessidade de prótese e em idosos brancos e não brancos por condições socioeconômicas, SB 2010.**

Variáveis	Necessidade de prótese		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, dor e tempo		Ajustado por sexo, idade, dor, tempo, escolaridade e renda	
	Não %	Sim %	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR (C1)	Valor P
<b>Cor de pele</b>										
Branco	13,2	86,8	1		1		1		1	
Não Branco	3,7	96,3	3.97 (3.04-5.17)	<0,001	4.02 (3.08-5.24)	<0,001	3.82 (2.83-5.16)	<0,001	2.52 (1.83-3.48)	<0,001
<b>Sexo</b>										
Masculino	7,8	92,2	0.99(0.78-1.25)	0,933	0.95 (0.75-1.22)	0,723	0.94 (0.72-1.24)	0,695	1.03 (0.77-1.38)	0,830
Feminino	7,7	92,3	1		1		1		1	
<b>Idade</b>										
65 a 66 anos	8,8	91,2	0.67(0.47-0.98)	0,038	0.63 (0.43-0.93)	0,019	0.75 (0.49-1.15)	0,196	0.77 (0.48-1.23)	0,284
67 a 68 anos	6,9	93,1	0.88(0.58-1.34)	0,571	0.85 (0.55-1.31)	0,477	1.02 (0.63-1.65)	0,927	1.16 (0.68-1.96)	0,577
69 a 72 anos	8	92	0.75(0.51-1.08)	0,127	0.72 (0.49-1.05)	0,091	0.75 (0.49-1.16)	0,204	0.75 (0.46-1.20)	0,233
73 e 74 anos	6,2	93,8	1		1		1		1	
<b>Dor</b>										
Sem dor	8	92	1				1		1	
Com dor	6,8	93,2	1.18 (0.84-1.65)	0,332			1.39 (0.95-2.04)	0,082	0.99 (0.65-1.48)	0,961
<b>Tempo</b>										
Mais de 1 ano	4,3	95,7	4.31(3.29-5.63)	<0,001			3.91(2.96-5.18)	<0,001	2.15 (1.58-2.93)	<0,001
Menos de 1 ano	16,1	83,9	1				1		1	
<b>Escolaridade</b>										
Sem escolaridade	2,4	97,6	12.84(7.72-21.35)	<0,001					7.09(3.33-15.07)	<0,001
1 a 4 anos	3,3	96,7	9.07(6.56-12.54)	<0,001					4.80(3.21-7.17)	<0,001
5 a 8 anos	5,8	94,2	5.01(3.56-7.07)	<0,001					3.31(2.21-4.96)	<0,001
9 a 15 anos	23,7	76,3	1						1	
<b>Faixa de Renda</b>										
Até 500	2,8	97,2	7.15(4.03-12.67)	<0,001					2.23 (1.11-4.45)	0,023
501 a 1500	3,5	96,5	5.68(4.32-7.46)	<0,001					2.53 (1.78-3.61)	<0,001
Acima de 1500	17,3	82,7	1						1	

\* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor  $p < 0,001$ , exceto sexo ( $p = 0,933$ ), idade ( $p = 0,090$ ) e dor ( $p = 0,332$ ).

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

**Tabela 02 - Modelo de análise multivariado da prevalência do uso de prótese inferior em idosos brancos e não brancos por condições socioeconômicas, SB 2010.**

Variáveis	Uso de prótese inferior		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, dor e tempo		Ajustado por sexo, idade, dor, tempo, escolaridade e renda	
	Não %	Sim %	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR (C1)	Valor P
<b>Cor de pele</b>										
Branco	45,1	54,9	1		1		1		1	
Não Branco	56	44	1.55 (1.41-1.70)	<0,001	1.54 (1.40-1.69)	<0,001	1.51 (1.35-1.68)	<0,001	1.40 (1.24-1.57)	<0,001
<b>Sexo</b>										
Masculino	57,1	42,9	1.50 (1.36-1.64)	<0,001	1.52 (1.38-1.67)	<0,001	1.47 (1.31-1.65)	<0,001	1.48 (1.32-1.66)	<0,001
Feminino	47	53	1		1		1		1	
<b>Idade</b>										
65 a 66 anos	53,5	46,5	1.34 (1.17-1.53)	<0,001	1,36 (1.18-1.55)	<0,001	1.39 (1.18-1.63)	<0,001	1.47 (1.24-1.73)	<0,001
67 a 68 anos	52,2	47,8	1.27 (1.10-1.47)	0,001	1.25 (1.08-1.45)	0,003	1.23 (1.04-1.47)	0,016	1.29 (1.07-1.54)	0,005
69 a 72 anos	50,4	49,6	1.18 (1.04-1.35)	0,009	1.18 (1.04-1.35)	0,011	1.13 (0.96-1.32)	0,123	1.16 (0.99-1.37)	0,064
73 e 74 anos	46,1	53,9	1		1		1		1	
<b>Dor</b>										
Sem dor	50,6	49,4	1				1		1	
Com dor	73,9	26,1	2.77 (2.34-3.28)	<0,001			2.50 (2.08-3.00)	<0,001	2.39 (1.98-2.89)	<0,001
<b>Tempo</b>										
Mais de 1 ano	51	49	0.94(0.84-1.05)	0,291			1.04(0.93-0.17)	0,430	0.95 (0.83-1.07)	0,425
Menos de 1 ano	52,5	47,5	1				1		1	
<b>Escolaridade</b>										
Sem escolaridade	59,6	40,4	1.66(1.43-1.94)	<0,001					1.34(1.09-1.65)	0,005
1 a 4 anos	49,9	50,1	1.12(0.99-1.26)	0,065					1.06(0.91-1.25)	0,413
5 a 8 anos	48,8	51,2	1.07(0.93-1.23)	0,320					1.05(0.89-1.25)	0,525
9 a 15 anos	47	53	1						1	
<b>Faixa de Renda</b>										
Até 500	53,7	46,3	1.36 (1.16-1.59)	<0,001					1.38 (1.11-1.70)	0,003
501 a 1500	53,3	46,7	1.34 (1.21-1.48)	<0,001					1.23 (1.08-1.40)	0,002
Acima de 1500	45,9	54,1	1						1	

\* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor  $p < 0,001$ , exceto tempo ( $p = 0,291$ ).

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

**Tabela 03 - Modelo de análise multivariado da prevalência do uso de prótese superior em idosos brancos e não brancos por condições socioeconômicas, SB 2010.**

Variáveis	Uso de prótese superior		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade, dor e tempo		Ajustado por sexo, idade, dor, tempo, escolaridade e renda	
	Não %	Sim %	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR(C1)	Valor P	OR (C1)	Valor P
<b>Cor de pele</b>										
Branco	20,9	79,1	1		1		1		1	
Não Branco	29,2	70,8	1.55 (1.40-1.73)	<0,001	1.55 (1.39-1.73)	<0,001	1.59 (1.40-1.80)	<0,001	1.48 (1.30-1.69)	<0,001
<b>Sexo</b>										
Masculino	35,1	64,9	2.24 (2.02-2.50)	<0,001	2.27 (2.04-2.53)	<0,001	2.18 (1.93-2.47)	<0,001	2.15 (1.89-2.44)	<0,001
Feminino	19,4	80,6	1		1		1		1	
<b>Idade</b>										
65 a 66 anos	28	72	1.31 (1.12-1.53)	<0,001	1,35 (1.15-1.58)	<0,001	1.38 (1.15-1.67)	0,001	1.42 (1.17-1.72)	<0,001
67 a 68 anos	25,1	74,9	1.13 (0.95-1.34)	0,156	1.08 (0.91-1.29)	0,352	1.14 (0.93-1.40)	0,189	1.16 (0.94-1.43)	0,158
69 a 72 anos	24,6	75,4	1.10 (0.95-1.28)	0,195	1.10 (0.94-1.29)	0,203	1.08 (0.89-1.30)	0,409	1.06 (0.87-1.28)	0,540
73 e 74 anos	22,8	77,2	1		1		1		1	
<b>Dor</b>										
Sem dor	24,5	75,5	1				1		1	
Com dor	43,2	56,8	2.34 (2.01-2.73)	<0,001			2.02 (1.70-2.41)	<0,001	1.93 (1.61-2.31)	<0,001
<b>Tempo</b>										
Mais de 1 ano	24,6	75,4	0.89(0.79-1.00)	0,069			0.96(0.84-1.10)	0,604	0.90 (0.78-1.03)	0,145
Menos de 1 ano	26,8	73,2	1				1		1	
<b>Escolaridade</b>										
Sem escolaridade	34,3	65,7	1.62(1.37-1.91)	<0,001					1.31(1.04-1.64)	0,018
1 a 4 anos	24,2	75,8	0.99(0.85-1.14)	0,889					0.87(0.73-1.05)	0,154
5 a 8 anos	20,6	79,4	0.80(0.68-0.95)	0,012					0.74(0.60-0.91)	0,005
9 a 15 anos	24,4	75,6	1						1	
<b>Faixa de Renda</b>										
Até 500	29,6	70,4	1.48 (1.24-1.76)	<0,001					1.40 (1.11-1.77)	0,004
501 a 1500	26,5	73,5	1.27 (1.12-1.43)	<0,001					1.15 (0.98-1.34)	0,069
Acima de 1500	22,1	77,9	1						1	

\* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor  $p < 0,001$ , exceto tempo ( $p = 0,069$ ).

Fonte: Pesquisa direta, 2011

## 5. DISCUSSÃO

Torna-se evidente, através dos dados apresentados e da análise feita, a posição desfavorável dos idosos não brancos quando submetidos à necessidade do uso da prótese dentária, seja ela superior ou inferior.

A disparidade relatada nesta pesquisa significa um reflexo de como existe, de fato, uma limitação do uso dos serviços, neste caso, direcionados à reabilitação oral da população idosa não branca, quando comparada com idosos brancos. Tão abrangente é a iniquidade entre brancos e negros, que relata Antunes et al. (2003 apud GUIOTOKU et al., 2012) em seu estudo feito com crianças pretas e pardas, que o acesso desigual ao serviço odontológico acontece desde a infância. A desigualdade em tal acesso pela população em questão é baseada em dados que comprovam que o atendimento, consultas, plano de saúde e tratamento odontológicos são menos acessíveis comparados à população branca.

Nas regiões norte e nordeste são observados um dos piores indicadores de saúde bucal para a população negra, não só em necessidade de prótese, como também cárie, dor de origem dental e perda dental (GUIOTOKU et al., 2012). No mesmo estudo, relatou-se que o IDH estava diretamente ligado com tais problemas (quanto maior o IDH, menor a porcentagem da população negra com necessidade de prótese).

A má distribuição de renda, índices de desemprego e analfabetismo dos negros são apenas uma parcela de todos os problemas que a população negra é refém, e que influencia nos determinantes sociais de saúde. Estes estão diretamente ligados às condições de saúde não só do idoso, mas de uma forma unânime. Segundo Sanders (apud DE MEDEIROS, 2012, p.574), as iniquidades, interferem na saúde bucal geral das populações no geral, e a modificação deste perfil deve ser feita primeiramente com ações que visam a diminuição da desigualdade social.

Cormak e Silva Filho (2000, apud MOREIRA et al., 2005) cita a escassez de fontes de financiamento para pesquisas na área de saúde bucal coletiva, o que garante baixa produção de conteúdo científico em Odontologia Social. O mesmo reitera que grande parte dos recursos vão para áreas de ciências biológicas básicas, estudo de materiais e equipamentos odontológicos, ou estudos descritivos de técnicas e procedimentos.



Azevedo et al. (2017) realizou um estudo semelhante ao que foi aqui apresentado, cujo objetivo foi avaliar o uso e a necessidade de prótese dentária na população idosa brasileira, verificando além das variáveis presentes nesse estudo, o fator demográfico entre as macrorregiões do Brasil. Segundo seu estudo, aproximadamente  $\frac{3}{4}$  da população idosa brasileira apresentam necessidade do uso de prótese decorrente do alto índice de edentulismo, problema que permanece alto desde o levantamento nacional feito em 2003.

Ainda no mesmo estudo, o autor cita a França e Noruega, países desenvolvidos que apresentam apenas 16% de edentados totais, contra surpreendentes 54% do Brasil.

Araújo et al. (2009), investigou padrões da utilização de serviços odontológicos na população de um município de porte médio na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, onde apontou que idosos utilizam menos o serviço odontológico que adolescentes e adultos. Para a autora, o nível de instrução é essencial para a autopercepção e autoavaliação das condições, visto que os que menos utilizavam tais serviços, eram adultos do sexo masculino, com menos de quatro anos de escolaridade, que não identificaram problemas odontológicos e tinham percepção de saúde oral ruim ou muito ruim, como classifica a autora.

Tal estudo se demonstra relevante, porque as desigualdades, como cita Neri (2002), sempre estiveram mais acentuadas na região norte e nordeste comparadas as regiões sul e sudeste. Então, podemos perceber que a desigualdade é significativamente estabelecida também nestas duas últimas regiões citadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que todos os países adotem estratégias que visem melhorar a saúde bucal do idoso, como o investimento de maior propaganda e organizações que estimulem atividades educativas voltadas para a terceira idade, além de propagar o conhecimento mais humanizado possível para o acadêmico de odontologia voltado para sensibilização da população idosa, da mesma maneira que durante a graduação, se demonstra tal cuidado para a população de outras idades (SIQUEIRA, 2009 apud MORAES, 2017).

Da Silva Melo (2017) cita vários projetos de políticas públicas voltadas a saúde do idoso, como por exemplo A Política Nacional de Assistência Social e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, porém aponta as dificuldades de implementá-las, como a alocação precária de recursos, sua capacitação inadequada

e um frágil sistema de análise sobre a informação da condição de vida e saúde da população em questão.

Shinkai (2000, apud MORAES, 2017), cita que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, aos serviços de saúde e a informação. Tal afirmação corrobora os resultados relatados nesse estudo, pois se baseia em algumas variáveis aqui previamente utilizadas.

Para uma comparação mais impactante, Travassos et al. (2002, apud NERI, 2002) observaram que características como ser branco, ter elevado nível de escolaridade, ser empregador ou assalariado com carteira aumentam a probabilidade da procura de serviços de saúde.

Iniquidades sociais estão associadas à maioria dos agravos bucais e ao acesso dos serviços em nível tanto individual quanto ecológico, e apesar dos investimentos em saúde bucal terem reduzido as desigualdades no acesso e ampliado a utilização dos serviços odontológicos, as iniquidades continuam expressivas (DA SILVA, DE OLIVEIRA, LELES, 2015).

Diante do que as evidências suportam, pode-se afirmar que para diminuir a desigualdade social e racial em saúde, é necessário a correta alocação de recursos para o funcionamento das diversas propostas políticas que enfocam a população idosa. Entretanto, para indivíduos idosos não brancos, especificamente, a atenção deve seguir o padrão vertical de equidade, o qual preconiza maior atenção para grupos menos favorecidos. Todavia, a longo prazo, reitera-se a importância de políticas públicas de inclusão social, de capacitação e de educação da população negra, visando reverter o quadro atual de precária condição de saúde bucal nesta população.

O programa Brasil Sorridente, vem a mais de uma década tentando reverter esse cenário, onde inaugurou mil Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e abrangeu o atendimento para cerca de 80 milhões de brasileiros. Apenas no ano de 2013, foram entregues mais de 415 mil próteses dentárias por meio dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias presentes em 1.465 municípios.

A oferta dos serviços odontológicos no âmbito do SUS está crescendo a cada ano, mas lentamente. Embora seja universal, ainda precisa priorizar a população menos favorecida a fim de garantir equidade em saúde. Juntamente a esta

necessidade, é imprescindível que haja a redução das disparidades socioeconômicas e educacionais, juntamente com um forte incentivo dos programas de saúde coletiva que visam transmitir conhecimentos sobre a percepção de saúde bucal entre os idosos, sobretudo aos negros.

## 6. CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos concluiu-se que:

- Houveram disparidades significativas tanto na prevalência de uso de prótese inferior como superior na população branca e não branca.
- Idosos não brancos apresentam maior necessidade do uso de prótese inferior e superior.
- Ainda que ajustado por sexo, idade, dor e tempo, escolaridade e renda, a necessidade de prótese ainda é mais constatada na população idosa não branca.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to investigate the existence of distinctions about the need for prostheses in the elderly according to race. The study has a descriptive analytical character, using secondary data from the 2010 National Oral Health Survey.

**Methods:** Self-declared white, brown or black individuals residing in Brazil, aged 65-74 years, were included. The univariate analysis evaluated general characteristics of the sample, outlining the differences in oral health conditions among white and black elderly. The bivariate analysis was used to study the association between variables, once the chi-square statistical test of independence was applied to verify if there is a relationship between them. The multivariate logistic regression analysis model will serve to elucidate whether the race influences the worst oral health condition or the difficulty of using the health services, considering a model adjusted by sex, income range and schooling. **Results:** The bivariate statistical relationship demonstrated a greater need for prosthesis use in the black elderly population. The most influential values in the disparity were schooling and income. The need for inferior prosthesis, statistically reinforces the unfavorable condition for the black elderly. The need for a superior prosthesis is also lower in the white elderly population, and the pain and time variables are the main protagonists in this picture. **Conclusion:** It was concluded, therefore, that there are significant disparities in the prevalence of lower and upper prosthesis use in the white and non-white population, although adjusted for sex, age, pain, time, schooling and income.

**Keywords:** Elderly. Race. Need for Prosthesis

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, Ana Cláudia Maciel Gava; CAMPOS, Mara Lúcia; SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Rev Odontol UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, 2015.

ANDRADE, Fabiola Bof de et al. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 28, n. 10, p. 1965-1975, 2012.

ARAÚJO, Camila Silveira de et al. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1063-1072, 2009.

AZEVEDO, Juliana S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017.

BERGER, Sandrine Bittencourt et al. Uso e Necessidade de Prótese Dentária em Idosos de Londrina, Paraná. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 4, p. 215-220, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. 2011.

BULGARELLI, Alexandre Fávero et al. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1165-1174, 2008.

CHOR, Dóra. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1272-1275, 2013.

COLUSSI, Claudia Flemming; PATEL, Franciny Scharf. Uso e Necessidade de Prótese Dentária no Brasil: avanços, perspectivas e desafios. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 1, p. 041-048, 2016.

DA SILVA, Erica Tatiane; DE OLIVEIRA, Rommel Teodoro; LELES, Cláudio Rodrigues. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de

próteses pelo Sistema Único de Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 121-134, 2015.

DA SILVA MELO, Denise et al. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-11, 2017.

DE ALMEIDA JUNIOR, Aroldo Paes et al. Edentulismo e fatores associados à necessidade de uso de prótese superior e inferior entre idosos. **Espaço para a Saúde-Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 105-113, 2017.

DE MEDEIROS, Júlia Julliêta et al. Edentulismo, uso e necessidade de prótese e fatores associados em município do nordeste brasileiro. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 4, 2012.

GUIOTOKU, Sandra Katsue et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.

MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros et al. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009.

MORAES, Cristyana Vieira; ALBUQUERQUE, Luanda Cardoso; CHEVITARESE, Leila. A importância da odontogeriatria para a oferta de cuidados bucais em idosos. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 10, n. 1, 2017.

MOREIRA, Rafael da Silveira et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1665-1675, 2005.

MOURA, Luana Kelle Batista et al. Produção científica sobre saúde bucal de idosos no Brasil. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 179-188, 2015.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, p. S77-S87, 2002.

OLIVEIRA, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, p. 57-60, 2004.

PALMA, Joseane Marques et al. EDENTULISMO E AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE BUCAL EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO/EDENTULISM AND SELF-PERCEPTION IN ORAL HEALTH IN ELDERLY PEOPLE FROM A CITY IN THE NORTHEAST OF BRAZIL. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 16, n. 3, 2016.

PERES, Marco A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. s90-s100, 2012.

SANTOS, Gevanilda. **RELAÇÕES RACIAIS E DESIGUALDADE NO BRASIL: Consciência em Debate**. Selo Negro, 2009.

SCHWARCZ, Lilia; NETO, Hélio Menezes. Quando o passado atropela o presente: notas de um Brasil que insiste no racismo. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, v. 25, n. 25, p. 31-35, 2017.

SILVA, L. T. Alterações bucais do envelhecimento e implicações para a atenção odontológica. **Conselheiro Lafaiete, MG**, p. 10-34, 2011.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

VASCONCELOS, Luciana Correia Aragão de et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, 2012.

VILELA, Emília Araújo et al. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. **Brazilian oral research**, v. 27, n. 3, p. 203-210, 2013.

ZAMORA, Maria Helena Rodrigues Navas. Racial inequality, racism and its effects. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 563-578, 2012.