

Maria Elisa de Souza e Silva

**RESTABELECIMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL EM
PACIENTES DESDENTADOS:** *percepção e impacto entre
usuários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de
Minas Gerais*

**AESTHETIC AND FUNCTIONAL RE-ESTABLISHMENT IN
EDENTULOUS PATIENTS:** *perception and impact among wearers
of Federal University of Minas Gerais School Dentistry*

Tese apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutor no Curso de Pós-
graduação em Odontologia, área de concentração
Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia
da UFMG.

Orientadoras

Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira -UFMG

Profa. Dra. Cláudia Silami de Magalhães - UFMG

Belo Horizonte, fevereiro de 2007

Autorizada a reprodução para fins acadêmicos.

S586r Silva, Maria Elisa de Souza e
2007 Restabelecimento estético e funcional em pacientes desdentados: percepção e impacto entre usuários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais / Maria Elisa de Souza e Silva, 2007
T 90 fls. :il.
Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-orientadora: Cláudia Silami de Magalhães
Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia
1.Estética dentária - Teses.2. Prótese dentária - Teses 3.Reabilitação bucal - Teses. I. Ferreira, Efigênia Ferreira e II. Magalhães,Cláudia Silami de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia IV. Título.

BLACK D047

Abstract

This study was carried out in order to evaluate the dental loss impact in Public Service weares. It was used a quantitative and qualitative methods. The initial sample was composed by 50 volunteers and the Oral Health Impact Profile (OHIP14) questionnaire was applied to them – quantitative method. In accordance with their OHIP score, twelve patients were intentionally selected for interviews (two for each one) among that 50 volunteers group – qualitative method. The first interview happened before denture's placement and the second one, six months after. In both interviews, it was taken fotografies of each volunteer, before and after the denture's use. The photos were presented to them in the second interview. By the OHIP scores reached by the initial sample, it was verified higher negative impact of oral condicions in psichological aspects of quality of life than in social relationships aspects. The analysis of patient's statements allowed to see that total dental loss interfered in quality of life. It brought bad consequences like difficulty to eat, shame about their appearence and filling of not being complete. The dental replacement by removal prosthesis allowed for that persons, the physiognomy's recuperation, joyfulness and social re-integration, although, in many times do not re-establish, in plenary way, their masticatory capacity.

Key-words: Prosthesis, edentulous, quality of life

Resumo

O estudo teve o objetivo de avaliar o impacto da perda dentária total na qualidade de vida de usuários do Serviço Público. Foram adotadas as abordagens quantitativa e qualitativa. A amostra inicial constituiu-se de 50 voluntários, aos quais aplicou-se o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP14) – metodologia quantitativa. Entre esses, de acordo com o score OHIP, foram intencionalmente selecionados 12 para entrevistas – metodologia qualitativa. As entrevistas individuais – duas por paciente - ocorreram antes da incorporação das próteses e seis meses depois. Em cada entrevista foi feita uma fotografia de cada um. As fotos dos pacientes sem as próteses e com elas, lhes foram apresentadas no dia da segunda entrevista. Por meio da pontuação OHIP alcançada pela amostra inicial, verificou-se que a condição de saúde bucal tem maior impacto negativo nos aspectos psicológicos da qualidade de vida do que nos aspectos de interação social. Da análise dos depoimentos dos entrevistados verificou-se que a perda dentária total interfere na qualidade de vida e traz conseqüências indesejáveis como dificuldade de mastigar, vergonha da aparência e sentimento de incompletude. A reposição dos dentes pelo uso das próteses removíveis proporcionou a recuperação da fisionomia, alegria e a reintegração social dessas pessoas, embora muitas vezes não tenha reestabelecido, de forma plena, a capacidade mastigatória.

Palavras-chave: Próteses, desdentados, qualidade de vida

SUMÁRIO

	Página
Resumo/Abstract	3
Comentários Iniciais	6
Artigo 1	
Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida	13
Artigo 2	
Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo	34
Artigo 3	
Prótese Total Removível: da expectativa à (in) satisfação	56
Comentários Finais	77
Anexos	
I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80
II - Questionário <i>Oral Health Impact Profile</i> -OHIP14 - (Versão Brasileira)	81
Formulário de Dados dos Pacientes	
Quadro das Dimensões do OHIP	
III - Roteiro da Primeira Entrevista	84
IV - Roteiro da Segunda Entrevista	85

Comentários Iniciais

Com a divulgação dos dados resultantes do inquérito epidemiológico Projeto Saúde Bucal – SB Brasil – 2003, demonstrou-se que, no Brasil, a população entre 35-44 anos apresenta condições precárias de saúde bucal. O índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), que retrata a história da cárie dentária no indivíduo mostrou-se próximo a 20. Mais da metade desse índice está representado pelo componente P (dentes perdidos), igual a 13,2. Na parcela populacional com idade superior a 65 anos, o fato agrava-se ainda mais, pela comprovação da perda de quase todos os dentes. Nessa faixa etária, o CPO-D apurado foi 27,8, com o componente P de 25,83, isto é, cerca de 93% dos dentes estão perdidos (Ministério da Saúde¹). De acordo com os dados, três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional.

A extração de dentes foi, e ainda é, um recurso muito utilizado para sanar problemas odontológicos, especialmente aqueles relacionados à dor e à mobilidade dentária, sintomas ainda bastante presentes no cotidiano de parte significativa da população brasileira (Colussi & Freitas²).

Como estratégia para responder a essa demanda o Brasil Sorridente que integra a Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo gradualmente implementado a partir de 2004. Esse projeto constitui uma nova política de abordagem à atenção bucal e está articulado a outras políticas de saúde e às demais políticas públicas. Até 2005 foram investidos R\$ 490 milhões e até o final do ano de 2006, estão previstos investimentos de mais de 1,6 bilhões de reais. Tal proposta tem, entre outros, o objetivo de ampliar o leque de procedimentos odontológicos à população brasileira que recebia, até então, apenas a atenção básica e também prevê o apoio ao desenvolvimento de pesquisas em saúde bucal coletiva e a produção de conhecimentos que retornem como benefício à população(Pucca Jr³).

No atendimento às pessoas que perderam os dentes, a grande maioria dos cirurgiões dentistas, foca sua atuação na recomposição dos elementos dentais perdidos utilizando os princípios técnicos que julga mais adequados ou pertinentes, pouco se preocupando em avaliar, preliminarmente, as repercussões de tais perdas naquelas pessoas (Chianca et al.⁴, Mcnaugher et al.⁵). O objetivo central e, às vezes o único, consiste na recuperação das perdas dentais através da incorporação das próteses removíveis.

Para quem já experimentou tal perda, as próteses seriam o instrumento que lhes propiciaria a recuperação de seu padrão funcional, estético, psicológico e social, melhorando sua qualidade de vida (McGrath & Bedi⁶, Wolf⁷, Elias & Sheiham⁸, Mendonça⁹).

Mas será que o impacto da incorporação do par de próteses totais removíveis é o mesmo para todos? Quais são as percepções e as dificuldades, os receios e as expectativas dos pacientes desdentados? E os possíveis problemas vivenciados pelos usuários de próteses totais depois de sua incorporação? Os profissionais têm estratégias para auxiliar os pacientes a superar esses problemas ou eles são insuperáveis e levam ao abandono das próteses?

Essas foram as questões que permearam o desenvolvimento dessa investigação, por considerarmos que as respostas às mesmas são importantes para os profissionais de saúde e que elas devem influenciar a atenção oferecida.

A Faculdade de Odontologia da UFMG é uma das referências para atendimento especializado do Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte e como tal, oferece tratamento a indivíduos desdentados por meio da incorporação de prótese total removível. A disciplina de Prótese Total Removível (PTR) é responsável pela orientação dos alunos no desenvolvimento dessa atividade. De maneira geral, nessa disciplina, todos os pacientes concluem o tratamento no período de um semestre letivo, o que a diferencia das demais disciplinas de atendimento clínico do curso de Odontologia da UFMG, onde é comum as pessoas iniciarem tratamento num semestre e a

conclusão do mesmo só se processar em semestres subsequentes. Ou seja, na disciplina de PTR, ao final das atividades pertinentes, considera-se que o paciente recebeu tratamento adequado e a atenção foi completada.

Nenhum estudo foi feito para se verificar se há, por parte dos alunos ou professores, uma reflexão sobre o significado da falta de dentes na vida das pessoas ou o que pode significar, para cada paciente, a recomposição funcional e estética dos dentes por meio da incorporação de prótese total removível.

A intenção desse estudo foi avaliar a percepção e o impacto na qualidade de vida, de desdentados usuários da clínica de Prótese Total Removível da FO/UFMG, antes e depois da incorporação do par de próteses e o impacto na qualidade de vida dessas pessoas. Por tratar-se de projeto de pesquisa envolvendo seres humanos, o mesmo obteve a aprovação do Comitê de Ética da UFMG (Anexo I) e todos assinaram o Termo Livre de Consentimento e Esclarecido(Anexo II).

O estudo foi desenvolvido em três fases, que envolveram as abordagens quantitativa e qualitativa. Na Primeira fase o universo foi constituído por pacientes em atendimento no curso de graduação em Odontologia da UFMG, com vistas à incorporação de prótese totais removíveis. Não puderam fazer parte da amostra, indivíduos analfabetos, uma vez que não poderiam ler o questionário e respondê-lo; pacientes de outras disciplinas que não a de Prótese Total Removível. A esses pacientes, 50 (cinquenta), foi aplicado um questionário, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP).

O questionário OHIP, desenvolvido em 1993, por Slade & Spencer¹⁰ (Slade et al.¹¹) é um instrumento que vem sendo bastante utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para atendimento integral ao paciente. O formato original desse

instrumento, composto por 49 questões, já foi validado em várias pesquisas, que confirmaram suas boas propriedades psicométricas e sua eficiência (Slade et al.¹¹, Allen¹², Broder et al.¹³).

O OHIP14, denominação conferida à sua forma simplificada que foi aplicado nesse estudo, constitui-se de 14 perguntas, que abrangem sete dimensões: Limitação Funcional, Dor, Desconforto Psicológico, Inabilidade Física, Inabilidade Psicológica, Inabilidade Social e Incapacidade (Anexo III). Essa versão demonstra propriedades similares às do formato original e, sendo mais sucinta, requer menos tempo para aplicação, o que favorece sua utilização, inclusive, em Serviços de Saúde, em processos de avaliação de saúde bucal e qualidade de vida (Slade¹⁴). Também no formato reduzido, esse instrumento foi considerado válido para aplicação em pesquisas relacionadas à qualidade de vida e à saúde bucal da população em estudo (Wong et al.¹⁵). No Brasil, o OHIP14 foi testado e validado para uso em função da cultura e da língua locais, mediante uma pesquisa realizada com puérperas, em que se verificou o impacto negativo da dor de dentes na qualidade de vida dessas mulheres (Oliveira & Nadanovsky¹⁶).

De acordo com a pontuação obtida do OHIP14, na Primeira Fase, foram intencionalmente escolhidos, 13 (treze) pacientes para as Segunda e Terceira Fases, de maneira a incluir os indivíduos cuja condição bucal tinha maior e menor impacto negativo na qualidade de vida. Nas segunda e terceira fases da pesquisa, adotou-se a metodologia qualitativa, utilizando-se a entrevista semi-estruturada (Anexos IV e V).

Na Segunda Fase, entrevistas individuais foram realizadas antes do início do tratamento para incorporação das próteses e nesse momento, foi feita uma fotografia de cada paciente.

Decorridos seis meses das respectivas incorporações das próteses, os indivíduos entrevistados foram convocados para novas entrevistas individuais- Terceira Fase. Nesse dia, durante a entrevista, foi feita nova fotografia e as duas fotos, de antes e depois do uso das

respectivas próteses, foram apresentadas a cada paciente, que pôde expor as impressões sobre as mudanças experimentadas.

A adoção da metodologia qualitativa limita a possibilidade de generalização dos resultados das pesquisas desse cunho, pois que não se ocupa em oferecer elementos para generalizações, preocupando-se mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do grupo social em estudo (Acúrcio e Guimarães¹⁷). No entanto, em função da grande importância que dão aos discursos, as abordagens de corte qualitativo permitem a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos presentes neles, uma vez que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação em estudos quantitativos, além de permitir o levantamento de hipóteses que poderão ser testadas através de métodos quantitativos (Fiske et al.¹⁸).

Com esse trabalho, espera-se disponibilizar subsídios para o desenvolvimento de novas estratégias no que se refere à abordagem dos pacientes desdentados atendidos na Faculdade de Odontologia da UFMG, otimizando a utilização dos recursos públicos com a oferta de tratamento efetivo para minorar os efeitos da perda dentária experimentada pelos usuários do serviço público.

A tese, ora apresentada, constitui-se da coletânea de artigos que sintetizam as análises realizadas a partir dos dados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa . A estrutura dos textos segue as normas de publicação do periódico *Ciência & Saúde Coletiva* (Anexo VI), uma vez que o primeiro artigo já foi encaminhado para essa revista e encontra-se em fase de avaliação.

Referências Bibliográficas

1. Ministério da Saúde: Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1313-20.
3. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc Saude Colet*.2006;11(1):243-6.
4. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal em calidad de vida. *Rev Fola/oral* 1999;5(16):96-102.
5. McNaugher GA, Benington IC, Freeman R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodontology* 2001;18(1):51-7.
6. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001;29(4):243-6.
7. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52(4):307-15.
8. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998;25(9):649-61.
9. Mendonça MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1545-47.
10. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3-11.
11. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuation in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(5):317-21.

12. Allen PFA. A comparison of the validity of generic and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27(5): 344-52.
13. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent* 2000;60(3):189-92.
14. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Comm Dent Health* 1997;25(4): 284-90.
15. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(6):423-30.
16. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14
17. Acúrcio FA.; Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev Saude Publica* 1999;33(1):73-84.
18. Fiske J, Davis DM, Francês C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998; 184(2):90-3.

Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida**Impact of Tooth Loss in Quality of Life**

Maria Elisa de Souza e Silva¹

Ênio Lacerda Villaça¹

Cláudia Silami de Magalhães¹

Efigênia Ferreira e Ferreira²

¹ Docentes do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

² Docente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

Correspondência

Maria Elisa de Souza e Silva

Av Antonio Carlos 6627 – Faculdade de Odontologia – sala 3339

CEP: 31.270-901 – Belo Horizonte – Minas Gerais- Brasil

ou

R. Juvenal dos Santos, 222/108- Luxemburgo, Belo Horizonte

Cep: 30.380.530 – Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

e-mail: elisa@ufmg.br

Este artigo foi formatado de acordo com as instruções da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Abstract

In order to evaluate the impact of tooth loss in patients quality of life, 50 volunteers were select among patients who use the Public Health Services in treatment for their complete denture's placement or complete denture replacement. The *Oral Health Impact Profile* (OHIP14), considering its seven dimensions separately, was applied, before treatment. Subjetscs also answered questions about socio-demographics factors. The values were founded through the weight of each question in association with Likert's Scale. As higher is the score, higher is the impact in quality of life. In this survey 82% were female, 52% of patients between 41 and 60 years age (average: 59,1), and 34% married. The highers values of OHIP dimensions in patient's quality of life were: psychological discomfort (122), physical pain (121), psychological disability (113), physical disability (109), functional limitation (93), handicap (82) and social disability (76). As was seen, the lost of teeth or the use of inadequate complete dentures bring negative impacts in life's quality, especially in reference with preoccupation, stress with mouth problems and shame, although people perceive minor impacts in social relationships and development of their daily activities. This information can be relevant to prepare dentists to raising their knowledge about edentulous people and how to work with them.

Key words: Quality of Life; Tooth Loss; Impact

Resumo

Para avaliar o impacto da perda dentária na qualidade de vida, foram selecionados 50 pacientes da Faculdade de Odontologia da UFMG, usuários do Serviço Público de Saúde, em tratamento para incorporação ou substituição do par de dentaduras. Antes do início do tratamento, foi feita a coleta de dados sociodemográficos e aplicou-se o *Oral Health Impact Profile* (OHIP14), considerando-se suas sete dimensões separadamente. Os escores do OHIP foram encontrados multiplicando-se o peso de cada pergunta pelo valor da resposta, utilizando a escala de Likert. Quanto maior a pontuação alcançada, maior o impacto negativo da dimensão na qualidade de vida do paciente. Na amostra, 82% eram do gênero feminino, 52% da faixa etária de 41 a 60 anos (média de 59,1 anos), e 34%, casada. Para cada dimensão foram encontrados os seguintes valores máximos OHIP: Desconforto Psicológico (122); Dor (121); Inabilidade Psicológica (113); Inabilidade Física (109); Limitação Funcional (93); Incapacidade (82) e Inabilidade Social (76). A perda dentária ou o uso de próteses inadequadas implicam impactos negativos na qualidade de vida das pessoas, especialmente no que se refere à preocupação, estresse decorrente de problemas na boca e à vergonha. Foi percebido menor impacto no que se refere às relações interpessoais e ao desenvolvimento das atividades rotineiras - dimensão Inabilidade Social. Estas informações são relevantes para os profissionais, pois ampliam seu conhecimento sobre pessoas desdentadas e melhoram sua capacidade de lidar com elas.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Perda dental; Impacto

Introdução

No Brasil, o Serviço Público tem sido incapaz de absorver a demanda por atenção em saúde bucal, por não ter estrutura adequada, nem ser suficiente para atender às necessidades da população adulta (Braga et al.¹). Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos (Guimarães & Marcus²), uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e, também a mais econômica (Pinto³). A maior parte das pessoas que perdem os dentes vê-se impossibilitada de recompor as perdas por meio de próteses, principalmente devido à falta de recursos financeiros (Vargas & Paixão⁴, Ferreira et al.⁵). Além disso, os brasileiros que fazem uso de próteses totais removíveis utilizam-nas por um tempo que se estende muito além do prazo recomendado para sua devida substituição (Braga et al.¹).

O levantamento epidemiológico da população brasileira divulgado em 1988 expôs, pela primeira vez, a dura realidade da condição de saúde bucal do Brasil. Tal levantamento, que abrangeu apenas a população de até 59 anos, tornou possível verificar o alto valor percentual do componente P (Perdido) nos valores do índice CPO-D médio (dentes cariados, perdidos e obturados) dos adultos. Na população entre 35-44 anos, observou-se o CPO-D de 22,5, e, na faixa que se encontra entre 50-59 anos, o de 27,2. O componente P, nas duas amostras, representou, respectivamente, 66% e 86% dos valores relatados (Pinto⁶).

O inquérito epidemiológico Projeto Saúde Bucal – SB/2003 mostrou as condições atuais de saúde bucal da população adulta do Brasil. Na faixa etária de 35-44 anos, o índice CPO-D médio dessa população apresentou-se próximo a 20, sendo o componente P (perdido) responsável por um percentual de 66% do índice. Na faixa etária de 65-74 anos, o CPO-D foi, aproximadamente 28 e o componente P alcançou o percentual de 93% do índice (Ministério da Saúde⁷). Em todo o País, na faixa etária entre 30-44 anos, 30% das pessoas já são desdentadas e 75% dos idosos não têm um dente sequer na boca (Pucca Jr.⁸). De maneira contraditória, mais da metade das pessoas com idade superior a 65 anos e que participou das

entrevistas do levantamento sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, quando consultada sobre sua própria saúde bucal, fala e mastigação, classificou-as como boa ou ótima (Ministério da Saúde⁷).

Comparando-se os dados revelados em 1988 e em 2003, concernentes à faixa etária de 35-44 anos, pode-se verificar que houve pouca melhoria da condição de saúde bucal dessa parte da população e que as extrações dentárias são, ainda, largamente utilizadas como tratamento para os problemas bucais (Vargas & Paixão⁴, Colussi & Freitas⁹). Embora a saúde bucal seja reconhecida como importante, uma considerável parcela da população não tem acesso aos necessários serviços de saúde e a mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais (Ferreira et al.⁵).

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda total dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica (Chianca et al.¹⁰). No entanto a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras (Wolf¹¹), ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes (Vargas & Paixão⁴, Wolf¹¹).

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de se identificarem as dimensões da qualidade de vida mais afetadas pela condição de saúde bucal por um de um grupo de pacientes desdentados.

Métodos

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG é uma das referências para atendimento da população encaminhada pelo Sistema Único de Saúde-SUS de Belo Horizonte, Minas Gerais, no que se refere à confecção e à incorporação de próteses totais removíveis e absorve, em média, 60 pacientes por semestre para esse tipo de atendimento. O tratamento é realizado por meio da disciplina Prótese Total Removível, cujo conteúdo é obrigatório na grade curricular do curso de Odontologia dessa Faculdade.

Para a composição da amostra deste estudo, foram selecionados 50 pacientes, de um universo de 66 usuários desdentados agendados para tratamento na referida disciplina, no primeiro semestre letivo de 2005. Entre os 16 pacientes excluídos, dois não aceitaram participar da pesquisa e os outros 14 não foram entrevistados, por se enquadrarem no critério de exclusão – o de se caracterizarem como não-leitores. Esses pacientes, por serem adultos, compareciam desacompanhados à consulta, não havendo, portanto, como lhes solicitar as assinaturas de concordância em participar do projeto. Além disso, mesmo com o acompanhamento da leitura quando da aplicação do questionário, não seria possível garantir fidedignidade na marcação das suas respostas.

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos, esta se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer no. ETIC 442/04).

Inicialmente, um formulário especialmente desenvolvido para esta finalidade permitiu a coleta de dados para a caracterização da amostra, incluindo as variáveis gênero, idade, situação laboral, situação civil e tempo de uso de próteses.

No momento seguinte, utilizou-se a forma simplificada do questionário do *Oral Health Impact Profile* (OHIP14). O questionário OHIP (Slade & Spencer¹², Slade et al.¹³) vem sendo bastante utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e é um forte aliado no estabelecimento de melhores abordagens para

atendimento integral ao paciente. Esse instrumento permite indicar as dimensões da qualidade de vida afetadas pela condição de saúde bucal. Os aspectos levantados nas questões aplicadas seguem o modelo conceitual proposto por Locker¹⁴, que aborda as **condições físicas**, em que estão incluídos fatores relacionados à locomoção e movimentação, à dor, à alimentação, ao autocuidado e ao descanso; **as condições psicológicas**, que englobam o comportamento emocional, o grau de preocupação e a comunicação; e as **condições de interação social**, em que se observam fatores relacionados ao trabalho, à interação social, à rotina diária e ao entretenimento. Tal abrangência de abordagem é importante e adequada, considerando-se que é perfeitamente possível uma doença produzir impacto em uma ou mais dimensões da vida das pessoas, ou eventualmente, em todas elas (Locker¹⁴).

O formato original do OHIP, composto por 49 questões, já foi validado em várias pesquisas, que confirmaram suas boas propriedades psicométricas e sua eficiência (Slade et al.¹³, Slade¹⁵, Allen¹⁶, Broder et al.¹⁷).

O questionário OHIP14, denominação conferida à sua forma simplificada, demonstra propriedades similares às do formato original e, sendo mais sucinto, requer menos tempo para aplicação, o que favorece sua utilização, inclusive, em Serviços de Saúde, em processos de avaliação de saúde bucal e qualidade de vida (Slade¹⁵). Também no formato reduzido, esse instrumento foi considerado válido para aplicação em pesquisas relacionadas à qualidade de vida e à saúde bucal da população em estudo (Wong et al.¹⁸).

No Brasil, o OHIP14 foi testado e validado para uso em função da cultura e da língua locais, mediante uma pesquisa realizada com puérperas, em que se verificou o impacto negativo da dor de dentes na qualidade de vida dessas mulheres (Oliveira & Nadadovsky¹⁹). O questionário constitui-se de 14 perguntas, que abrangem sete dimensões: Limitação Funcional, Dor, Desconforto Psicológico, Inabilidade Física, Inabilidade Psicológica, Inabilidade Social e Incapacidade.

Foi feito um pré-teste com aplicação do OHIP14 a 10 pacientes, cujo tratamento iniciou-se em semestre anterior ao da amostra do estudo. Nessa oportunidade verificou-se que não houve dificuldade no que se refere ao entendimento das questões do instrumento, ao tempo gasto (cerca de 20 minutos) e ao local escolhido para o desenvolvimento da atividade.

A coleta dos dados foi realizada nas duas primeiras semanas do tratamento e, para tanto, os pacientes foram acomodados, individualmente, numa sala especialmente reservada para esse fim. A pesquisadora procedeu à leitura de cada pergunta juntamente com o participante. Após essa leitura, o voluntário escolheu livremente a resposta a cada questão, entre cinco opções, conforme a Escala de Likert (Babbie²⁰) - Sempre, Com Frequência, Às vezes, Raramente e Nunca - e acompanhava a marcação indicada. Os dados foram lançados no Programa Epi Info, versão 2005, que permitiu o cálculo das médias e percentuais para caracterização da amostra, de acordo com as variáveis listadas.

Posteriormente, os dados foram exportados com vistas à composição de planilhas no Programa Excell® da Microsoft, versão 2001. A utilização desse Programa permitiu a ordenação dos dados de acordo com o objetivo a ser verificado, bem como o cálculo do valor OHIP, em pontos para cada paciente entrevistado, em cada dimensão, e na somatória delas. As pontuações foram obtidas a partir da aplicação do escalonamento Likert em associação com o peso de cada pergunta, conforme preconizaram os idealizadores do instrumento (Slade & Spencer¹²). A cada categoria foi atribuído um valor entre 1 e 5, que era multiplicado pelo peso da questão. A resposta Sempre recebeu o maior número de pontos, 5; Com Frequência, 4 pontos; Às Vezes, 3 pontos; Raramente, 2 pontos e “Nunca” recebeu 1 ponto.

No questionário OHIP14, cada duas perguntas correspondem a uma dimensão. Chegou-se à pontuação OHIP de cada dimensão por meio da soma dos valores OHIP das duas perguntas correspondentes. Na hipótese de uma dimensão atingir o máximo possível de pontuação OHIP, sua somatória chegaria a 250 pontos.

Resultados

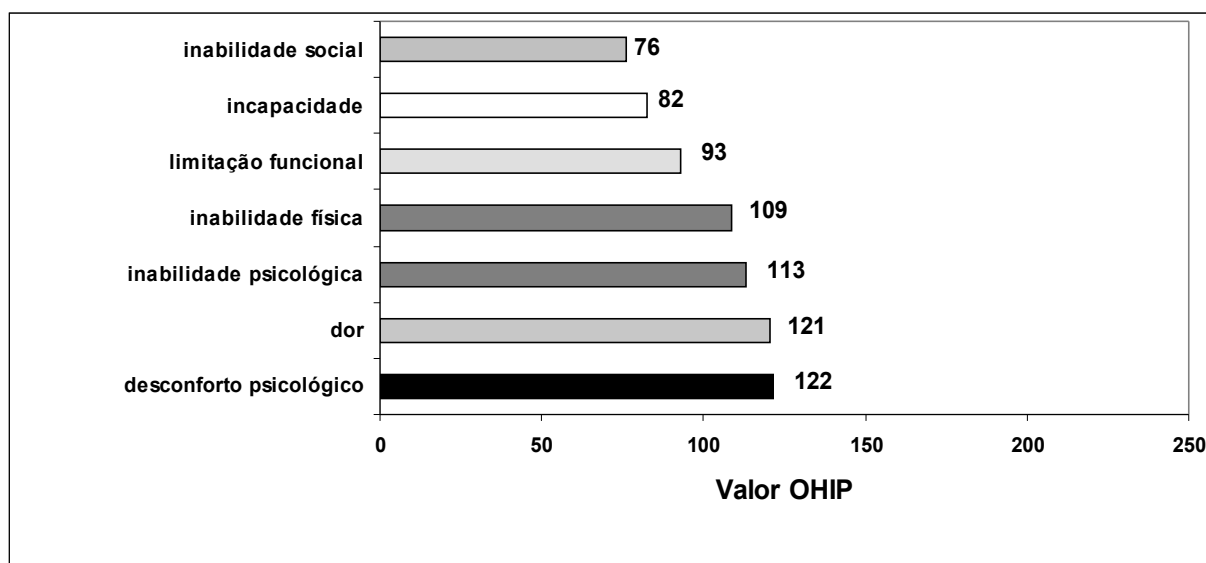
Do total da amostra, 41 pacientes (82%) eram do sexo feminino e 9 pacientes (18%) do sexo masculino. Em um intervalo de 37-83 anos, a média de idade dos participantes foi 59,1 anos ($\pm 11,08$), sendo 1 (2%) com menos de 40 anos, 26 (52%) na faixa etária de 41-60 anos e 23 (46%) com mais de 60 anos.

Em relação ao estado civil, 22 pacientes (44%) relataram viver com companheiro. O restante dos participantes dividiu-se entre viúvo (24%), solteiro (16%) e separado (16%).

Entre os pacientes entrevistados, 21 (42%) eram aposentados, 17 (34%) não trabalhavam e 12 (24%) permaneciam em atividade laboral.

Da amostra, 15 pacientes (30%) não usavam próteses e 35 pacientes (70%) já usavam pelo menos uma prótese, cuja substituição lhes fora indicada devido à falta de capacidade de se restabelecer a oclusão ou por se apresentar traumática aos tecidos bucais. Entre os que já usavam prótese, 28 pacientes (80%) faziam uso delas, há, no mínimo, 10 anos. O gráfico 1 mostra os valores obtidos para cada dimensão, após a apuração das respostas.

GRÁFICO 1 – Total de Pontos por Dimensão do Questionário *Oral Health Profile*-Belo Horizonte/Minas Gerais, 2005.



Observa-se que Desconforto Psicológico, Dor e Inabilidade Psicológica foram as dimensões de maior impacto na qualidade de vida das pessoas entrevistadas. No entanto,

tomando-se como referência a pontuação alcançada, a perda dentária total não representou um forte obstáculo à interação social dessas mesmas pessoas.

Tanto para os 10 pacientes que alcançaram os **maiores** valores do OHIP14 quanto para os 10 pacientes que atingiram as **menores** valores do OHIP14, as perguntas que obtiveram as maiores pontuações foram as referentes a *sentir-se incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou com sua dentadura* – Dimensão Dor - e o *sentimento de vergonha por causa de sua boca ou de sua dentadura* - Dimensão da Inabilidade Psicológica..

A maior parte dos entrevistados relatou Nunca ter enfrentado problema com relação às dimensões: Incapacidade (80%), cujas perguntas referem-se à percepção de *que a vida ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura* e *se ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura*; Inabilidade Social (79%), que inclui questionamentos sobre a pessoa ter ficado *irritada com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura* e *tido dificuldades de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura*, e a dimensão Limitação Funcional (63%) cujas questões levantam a percepção sobre *problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou boca dentadura* e *se o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura*.

Ao se considerar a frequência da resposta Sempre (TAB.1), permanecem como dimensões de maior impacto na qualidade de vida Desconforto Psicológico (17%), Inabilidade Psicológica (17%), Inabilidade Física (10%) e Dor (9%).

Entre as 14 questões aplicadas, a que apresentou o maior percentual da resposta Sempre foi a que se refere à experiência do sentimento de vergonha por causa da boca -

Dimensão Inabilidade Psicológica. Entre os 10 pacientes com os maiores valores de OHIP, nove responderam tal quesito dessa forma contundente.

Na TAB. 1 apresentam-se as freqüências das respostas de **menor** e **maior** valor, bem como a **moda** em cada dimensão considerada.

Na TAB. 1 apresentam-se as freqüências das respostas de **menor** e **maior** valor, bem como a **moda** em cada dimensão considerada.

TABELA 1 – Freqüência simples das respostas de menor e maior impacto e moda para as sete dimensões estudadas - Belo Horizonte/Minas Gerais, 2005.

Dimensão OHIP	Freqüência menor valor atribuído - % 1 (Nunca)	Freqüência maior valor atribuído - % 5 (Sempre)	Moda
Limitação Funcional	63	2	1
Dor	48	9	1
Desconforto Psicológico	56	17	1
Inabilidade Física	50	10	1
Inabilidade Psicológica	47	17	1
Inabilidade Social	79	4	1
Incapacidade	80	8	1

Além da vergonha por causa da boca, entre todos os pacientes entrevistados, a questão sobre *incômodo para comer por causa de problemas com a boca ou com a dentadura* - dimensão Dor -, a questão sobre *preocupação com a situação da boca ou com a dentadura* - dimensão Desconforto Psicológico - e a que se refere à impressão de que *a alimentação ficou pior por causa de problemas com a boca ou com a dentadura* - dimensão Inabilidade Física-, configuram-se como aquelas cujas respostas foram mais dramáticas, ficando a escolha sobre as opções Sempre e Com Freqüência em expressivo percentual de vezes -36%, 38% e 34%, respectivamente.

O maior percentual de respostas de baixo impacto foi apurado relativamente à questão que aborda a incapacidade para a realização das tarefas. A este quesito, 98% da amostra, ou seja, 49 dos 50 entrevistados respondeu, “Nunca”.

Discussão

A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas realizada a partir da utilização de um questionário estruturado como o OHIP apresenta vantagens como a possibilidade de o pesquisador explicar os objetivos da pesquisa, orientar o preenchimento do instrumento e obter dados mais uniformes e úteis. No entanto esse tipo de instrumento tem limitações como o risco de distorções, por insegurança nas respostas devido à presença do entrevistador e por menor liberdade nas respostas, uma vez que elas já vêm pré-estabelecidas (Cummings et al.²¹).

Mais recentemente, tem havido preocupação em se avaliar o impacto da perda dental e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas e os resultados das pesquisas desenvolvidas nessa direção demonstram que as repercussões são relevantes e não podem ser desconsideradas (Fiske et al.²², Klages et al.²³, Jones et al.²⁴, John et al.²⁵). Grande atenção, deve pois, ser dispensada aos pacientes, especialmente no momento de preparo deles para a perda total dos dentes, no atendimento das suas expectativas com a incorporação das próteses e no seu posterior monitoramento (Freitas et al.²⁶).

A perda dentária pode ser considerada como uma saída para o fracasso de um tratamento conservador anteriormente realizado (Mendonça²⁷) e pode se constituir em um evento de forte impacto, que, além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social das pessoas (Wolf¹).

No presente estudo, foram incluídos como voluntários, pacientes desdentados, com necessidade de reposição protética. O fato de a grande maioria da amostra ter sido formada por mulheres (82%) e por indivíduos sem atividade laboral (42% de aposentados e 34% sem trabalho) é comum em outros levantamentos e pesquisas realizadas nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFMG. Este dado não está relacionado à prevalência de uma situação num determinado grupo, mas à disponibilidade de tempo para freqüentar clínicas de ensino, na

maioria das vezes, em horários diurnos e cuja expectativa de conclusão do tratamento é de um tempo maior, em função da inexperiência dos alunos.

A maior parte do grupo de voluntários (98%) apresentava idade superior a 40 anos. O expressivo percentual de indivíduos (52%) entre 40 anos e 60 anos, está relacionado a vários fatores, sobretudo socioeconômicos, dentre eles, a falta de acesso ao tratamento, vivenciada pela grande maioria da população brasileira, motivo pelo qual é freqüente, nessa população, a perda dentária precoce (Guimarães & Marcus²). Mesmo sendo considerada uma alternativa mais prática e econômica (Pinto³), a reabilitação protética para desdentados, ofertada no rol de procedimentos da atenção secundária, é quase inexistente no serviço público e insuficiente para atender à demanda da população (Braga et al.¹).

De fato, até 2004 apenas 2,8% do tratamento realizado no Serviço Público era especializado. Com a inserção da Odontologia no Programa de Saúde da Família e com a implementação dos Centros Especializados Odontológicos (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (RPDs), integrantes do Projeto Brasil Sorridente, a partir de 2004, é possível que ocorra, em médio prazo, uma redução da demanda por tratamento especializado especialmente próteses totais, ainda bastante expressiva em nosso país. Ressalte-se que, na atualidade, para boa parte da população com mais de 44 anos, a solução para os problemas de saúde bucal deve ser a incorporação de próteses totais removíveis (Pucca Jr⁸).

Recomenda-se que as próteses totais removíveis sejam trocadas, no mínimo, a cada cinco anos, em função do desgaste do material utilizado – acrílico - e dos malefícios que podem decorrer desse desgaste. No entanto, se o acesso à atenção odontológica para a reabilitação é escasso, pode-se dizer que ele inexistente para a manutenção da prótese. Considerando-se os pacientes da amostra estudada, observou-se que 80% dos que já usavam

prótese estavam utilizando a mesma prótese há mais de 10 anos, o que é usual à população brasileira (Braga et al.¹).

Entre todas as perguntas do instrumento aplicado (OHIP14), a que provocou as respostas mais dramáticas é a que argúi sobre o paciente se sentir envergonhado por causa dos problemas com sua boca ou com sua dentadura – dimensão Inabilidade Psicológica -, o que corrobora o resultado de outras pesquisas que abordam a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação que envolve uma pessoa desdentada (Ferreira et al.⁵, Wolf¹¹, Fiske et al.²², Jones et al.²⁴). Mesmo nos pacientes cujas pontuações OHIP foram menores, o que indica menor percepção do impacto da condição bucal na sua qualidade de vida, a questão da vergonha é bastante ressaltada. A função estética dos dentes é, muitas vezes, considerada mais importante que a função mastigatória. Sob o ponto de vista subjetivo, já se verificou que a perda de elementos localizados mais posteriormente na boca tem pouco ou nenhum impacto na vida das pessoas, diferentemente da perda dental total ou de dentes anteriores, que motiva as pessoas a buscar tratamento para substituição deles (Elias & Sheiham²⁸).

A ausência total dos dentes também implicou impacto negativo no que se refere à alimentação - Inabilidade Física. A estabilidade das próteses, especialmente as mandibulares, e uma adequada mastigação dos alimentos podem ser citados como fatores que muito interferem na qualidade de vida de pacientes desdentados, levando a uma pior condição de saúde geral (Agerberg & Carlsson²⁹, Oliveira & Frigerio³⁰).

A ausência total dos dentes e a utilização de próteses totais removíveis inadequadas podem causar efeitos como dificuldade para relaxar, embaraço, restrição em comer determinados alimentos e até perda da vontade de sair de casa (Jones et al.²⁴, Marcenes et al.³¹). Mesmo que não tenha, ainda, sido comprovada uma forte relação entre a presença de sintomas de disfunção craniomandibular e a ausência ou uso de próteses totais, os profissionais devem estar sempre atentos à possibilidade de se estabelecer um plano correto,

que resulte na incorporação de próteses mais confortáveis e adequadas (Ribeiro et al.³², Arana et al.³³, Ribeiro et al.³⁴).

Embora a condição de saúde bucal cause impacto em vários aspectos da qualidade de vida das pessoas (Biazevic et al.³⁵), para esse grupo, na dimensão Inabilidade Social que se refere à interação social e à rotina de vida, o prejuízo observado, representado pela menor pontuação alcançada, foi bem menor que para as demais dimensões.

Neste estudo, comprovou-se que os aspectos que mais incomodam os pacientes desdentados são a vergonha de não ter dentes - dimensão da Inabilidade Psicológica -, o incômodo ao comer - dimensão da Dor - e a preocupação com a boca - dimensão Desconforto Psicológico - e prejuízo na alimentação – dimensão Inabilidade Física.

É interessante observar, ainda, que a resposta mais freqüente para todas as perguntas do OHIP14 foi Nunca, representado na Tabela 1 pela moda, o que corrobora os resultados obtidos em trabalhos que apontam para o fato de as pessoas terem precária percepção de seus problemas bucais, como se estes fossem inevitáveis nas faixas etárias mais avançadas (Kiyak³⁶, Silva & Fernandes³⁷). Mesmo a dimensão que apresentou a maior pontuação OHIP não chega à metade do maior valor possível de se atingir. No entanto, tais problemas podem abranger não só a limitação da capacidade mastigatória (McGrath & Bedi³⁸), capacidade de fonação, mas também o comprometimento da aparência estética (Wolf¹¹) e a descaracterização da identidade facial, que retratam um quadro social de menor privilégio e tornam o paciente uma pessoa com dificuldades de aceitação social plena, portador de um estigma (Goffman³⁹, Appollonio et al.⁴⁰).

O fato de algumas dimensões serem mais freqüentes e importantes para o grupo estudado não invalida ou torna as outras, menos importantes. Individualmente, é possível que a ausência dos dentes produza maior impacto em uma ou mais dimensões na vida de uma pessoa, ou, eventualmente, em todas elas (Locker¹⁴).

Apenas a abordagem quantitativa é, porém, insuficiente para permitir um bom entendimento dos sentimentos que envolvem as pessoas com perda total dos elementos dentais, ainda que possa, sem dúvida, contribuir para delinear caminhos que possibilitem um aprofundamento no conhecimento e na interpretação desses sentimentos, bem como de suas conseqüências na qualidade de vida das pessoas. No entanto, a utilização de um instrumento como este, antes do tratamento para a confecção de próteses totais pode orientar o profissional com relação ao impacto da perda dentária para as pessoas e os cuidados que se deve ter na sua orientação, acolhida e atendimento e preservação.

Conclusões

Verificou-se, no grupo de pessoas desse estudo, que a ausência de dentes ou a utilização de próteses inadequadas pouco interfere na capacidade delas realizarem suas atividades diárias e de se inter-relacionarem no meio em que vivem, embora provoquem impacto negativo em algumas dimensões da qualidade de vida, que foram Desconforto Psicológico, Dor e Inabilidade Psicológica.

Essas informações são importantes para uma adequada capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção aos pacientes que têm de viver com a perda total ou parcial, dos dentes e de conviver com ela. É mister que os aspectos psicológicos e as questões subjetivas que envolvem cada situação sejam considerados tão essenciais quanto o foco técnico.

Colaboradores

Maria Elisa de Souza e Silva idealizou e redigiu o projeto de pesquisa, realizou as entrevistas, o levantamento e análise dos dados, o levantamento bibliográfico e a estruturação, a redação da primeira versão do artigo e da versão final do texto.

Efigênia Ferreira e Ferreira auxiliou na elaboração da metodologia, na revisão bibliográfica, na análise dos resultados e redação final do artigo.

Cláudia Silami Magalhães participou da análise dos resultados e da versão final do artigo.

Ênio Lacerda Vilaça contribuiu para a organização e a análise dos dados, bem como para o processamento no Programa EpiInfo e para a versão final do texto.

Referências Bibliográficas

1. Braga SRS, Telarori Junior R, Braga AS, Catirse ABEB. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos na região Central do Estado de São Paulo(Brasil). *Rev Odontol UNESP* 2002;31(1):39-48.
2. Guimarães MM, Marcus B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. *REVCROMG* 1996;2(1):16-20.
3. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
4. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(4):1015-24.
5. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):211-18.
6. Pinto, VG. *Saúde bucal: a odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos, 1989.

7. Ministério da Saúde: Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):243-6.
9. Colussi, CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1313-20.
10. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal em calidad de vida. *Rev Fola/oral* 1999;16:96-102.
11. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998;52(4):307-15.
12. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994;11(1):3-11.
13. Slade GD, Hoskin GW, Spencer AJ. Trends and fluctuation in the impact of oral conditions among older adults during a one year period. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(5):317-21.
14. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health* 1988;5(1):5-13.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(4):284-90.
16. Allen PFA. A comparison of the validity of generic and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999;27(5):344-52.
17. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent* 2000;60(3):189-92.

18. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30(6):423-30.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile- short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14
20. Babbie E. *Métodos de Pesquisa de Survey*. Belo Horizonte: UFMG; 1999.
21. Cummings SR, Stewart AL, Hulley SB. Designing questionnaires and data collection instrument. In: Hulley S, Cummings SR, Browner, WS, Newman TB, Hearst N. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 231-45.
22. Fiske J, Davis DM, Francês C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;184(2):90-3.
23. Klages U, Esch M, Wehrbein H. Oral Health Impact in patients wearing removable prostheses: relations to somatization, pain sensitivity, and body consciousness. *Int J Prosthodont* 2005;18(2):106-11.
24. Jones JA, Orner MB, Spiro A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patient's perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5):327-34.
25. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2): 125-32.
26. Freitas KM, Oliveira PEF, Paranhos HFO, Muglia VA, Pardini LC. Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. *Rev Paul Odontol* 2001;23(6):25-8.
27. Mendonça MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1545-47.

28. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998;25(9):649-61.
29. Agerberg C, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. *Acta Odontol Scand* 1981;39(4):147-53.
30. Oliveira TRC, Frigerio MLMA. Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology* 2004;21(4):205-08.
31. Marcenes W, Steele JG, Sheiham, A. A relação entre estado dentário, seleção alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em idosos. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):809-15.
32. Ribeiro RA, Mollo Junior FA, Pinelli LAP, Arioli Junior JN, Ricci WA. Prevalência de disfunção craniomandibular em pacientes portadores de próteses totais duplas e pacientes dentados naturais. *Cienc Odontol Bras* 2002;5(3):84-9.
33. Arana ARS, Moura JÁ, Kignel S. Prevalência de disfunção craniomandibular entre os pacientes portadores de prótese total. *Rev Paul de Odontol* 2000;22(5): 4-6.
34. Ribeiro RA, Mollo Junior FA, Arioli Junior JN, Pinelli LAP. Sintomas de disfunção craniomandibular. *RGO* 2003; 51(2):123-26.
35. Biazevic MGH, Michel-Cosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004;18(1):85-91.
36. Kiyak HA. Age and culture: influences on oral health behaviour. *Int Dent J* 1993; 43(1):9-16.
37. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001;35(4):349-55.
38. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001;29(4):243-6.

39. Goffman E. *Estigma: notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1988.
40. Appollonio I, Carabellesse C, Frattola A, Trabucchi M. Dental status, quality of life, and mortality in an older community population: A multivariate approach. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(11):1315-23.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Professor Ricardo Hiroshi Takahashi pelo apoio técnico e pela contribuição no momento da realização dos cálculos matemáticos para apuração das pontuações obtidas.

Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo

Dental loss and prosthetic replacement expectation: qualitative study

Maria Elisa de Souza e Silva¹

Cláudia Silami de Magalhães¹

Efigênia Ferreira e Ferreira²

¹ Docente do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil.

² Docente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

Correspondência

Maria Elisa de Souza e Silva

Av Antonio Carlos 6627 – Faculdade de odontologia – sala 3339

CEP: 31.270-901 – Belo Horizonte – Minas Gerais- Brasil

ou

R. Juvenal dos Santos, 222/108- Luxemburgo, Belo Horizonte

Cep: 30.380.530 – Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

e-mail: elisa@ufmg.br

Este artigo foi formatado de acordo com as instruções da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo**Dental loss and prosthetic replacement expectation: qualitative study****Abstract**

This qualitative research analyses the repercussions of total dental loss on people's quality of life. The Oral Health Impact Profile short-form (OHIP14) was applied to 50 volunteers, and after analyzing the results, 13 out of those 50, were selected to be interviewed individually based in opened questions script. The criteria to select these 13 people were: perception of the impact of mouth condition on quality of life measured by the score reached on OHIP. We tried to comprise the sample with a variety, according to the profile of the initial sample. After analyzing people's statements, it was possible to verify that dental loss had strong negative consequences on people's life, like shame, difficulty to eat, impact on social relationship and feeling of not being complete. The possibility of having their teeth replaced generates some anxiety. Although being aware that wearing total prosthesis represents some sacrifices, people considered it worth because the possibility of having back the social pattern and the self-image renewed.

Key words: Quality of life, dentures, tooth loss.

Resumo

Esse estudo qualitativo analisou as repercussões da perda dentária total de usuários do serviço público. Aplicou-se o Oral Health Impact Profile simplificado(OHIP14) a 50 voluntários e após a apuração dos resultados foram selecionados 13 pacientes para entrevistas individuais baseadas em um roteiro com questões abertas. A seleção das pessoas foi de acordo com o grau de percepção do impacto da condição bucal na qualidade de vida, medida pela pontuação OHIP, de forma a incluir a maior variedade de perfis da amostra inicial. Da análise do conteúdo dos depoimentos verificou-se que a perda dentária total tem forte impacto na vida das pessoas e implica conseqüências negativas como vergonha, dificuldade em se alimentar, prejuízo ao relacionamento social e sentimento de incompletude. A possibilidade de reposição protética dos dentes gera ansiedade nas pessoas e, embora saibam que a utilização das próteses pode representar sacrifícios, a possibilidade de retorno ao padrão social geralmente aceito e de recuperação da própria imagem rejuvenescida faz valerem a pena quaisquer sacrifícios.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Prótese, Perda de Dente.

Introdução

Durante muitos anos, os serviços públicos de saúde bucal disponibilizaram à população brasileira um atendimento odontológico essencialmente curativo, mutilador, de alto custo, baixa cobertura e baixo impacto epidemiológico. Como consequência dessa política, criou-se uma enorme demanda por níveis de atenção de maior complexidade, aliada à grande necessidade de ampliação do acesso a esses serviços para uma significativa parcela da sociedade, ainda excluída da atenção. O projeto Brasil Sorridente que integra a Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), gradualmente implementado a partir de 2003, tem o objetivo de ampliar o leque de procedimentos odontológicos à população brasileira que recebia, até então, apenas a atenção básica (Barros & Bertoldi¹, Pucca Jr²).

Com a divulgação dos dados resultantes do inquérito epidemiológico Projeto Saúde Bucal – SB Brasil 2003, demonstrou-se que, no País, a população entre 35 anos e 44 anos apresenta condições precárias de saúde bucal, com índice CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) próximo a 20. Mais da metade desse índice está representado por dentes perdidos (P) igual a 13,2. Na parcela populacional com idade superior a 65 anos, o fato agrava-se ainda mais, pela comprovação da perda de quase todos os dentes. Nessa faixa etária, o CPO-D apurado foi 27,8, com o componente P de 25,8 (Ministério da Saúde³), ou seja, a extração de dentes foi, e ainda é um recurso muito utilizado para sanar problemas odontológicos, especialmente aqueles relacionados à dor e à mobilidade dentária, sintomas bastante presentes no cotidiano de parte significativa da população brasileira (Vargas & Paixão⁴, Ferreira et al.⁵, Nations & Nuto⁶). A curto prazo, não se vislumbra uma radical alteração dessa realidade.

As alterações decorrentes da perda total dos dentes e suas repercussões na vida diária das pessoas deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica (Chianca

et al.⁷). Lamentavelmente, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera, ainda, as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes realizada segundo os melhores princípios da técnica, negligenciando as implicações da perda dental na qualidade de vida das pessoas (Fiske et al.⁹, Davis et al.¹⁰). Para melhorar a eficiência do atendimento com vistas à incorporação de próteses totais e à sua aceitação pelos pacientes, o foco do processo deveria sair da cavidade bucal e buscar ouvir o dono da boca (Wolf⁸).

Igualmente se configura um erro pensar-se que muitos pacientes vivem sem próteses (dentaduras) e “estão muito bem”(Elias & Sheiham¹¹). Trabalhos realizados atestam que a estética, a fonação e, principalmente, a capacidade mastigatória sofrem significativa redução na ausência dos dentes. Essa falta leva as pessoas a modificar seus hábitos alimentares e a optar por alimentos mais macios, de mais fácil mastigação e, muitas vezes, de valor nutritivo crítico (Campos et al.¹²).

A falta de dentes e também a utilização de próteses inadequadas envolve como conseqüências, problemas de fala e de aceitação da aparência física com graves repercussões como diminuição da auto-estima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação. Os indivíduos desdentados sentem-se em desvantagem em relação àqueles que possuem dentes naturais (Ferreira et al.⁵, Wolf⁸, Fiske et al.⁹, Jones et al.¹³).

Mais recentemente, tem-se observado uma preocupação no sentido de se avaliar o impacto da perda dentária e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas. Os resultados de pesquisas desenvolvidas nessa perspectiva demonstram que as repercussões de uma saúde bucal comprometida não se limitam aos tradicionais aspectos clínicos e podem afetar os indivíduos em várias atividades do seu dia-a-dia (Strassburger et al.¹⁴) e que uma atenção maior deveria ser dispensada, especialmente, nos momentos de preparo dos pacientes para a perda total dos dentes quando necessária, na cuidadosa avaliação

de suas expectativas concernentes à incorporação das próteses, no esclarecimento de suas dúvidas e no posterior monitoramento do processo (Fiske et al.⁹).

Este estudo, de cunho qualitativo, tem como objetivo aprofundar o conhecimento dos sentimentos das pessoas com perda dentária total e prestes a incorporar próteses, principalmente no que diz respeito às dificuldades, às suas impressões em relação às implicações dessa perda em suas vidas e às suas expectativas quanto ao uso de dentaduras.

Métodos

Um universo de cinquenta usuários do Serviço Público de Saúde Bucal da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais participou, inicialmente, deste estudo. Todos eram edêntulos e estavam em tratamento na Clínica de Prótese Total Removível da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, com vistas à incorporação ou à substituição das próteses totais removíveis.

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos, esta se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer no. ETIC 442/04).

O questionário Oral Health Impact Profile, na sua forma simplificada - OHIP14 - (Slade¹⁵), foi aplicado a todos os voluntários. Desses, foram intencionalmente escolhidos 13 indivíduos com diferentes percepções do impacto das condições bucais na sua qualidade de vida de acordo com as pontuações OHIP alcançadas. A amostra incluiu pacientes de ambos os gêneros, com idades variadas, variadas situações civis e laborais, os que nunca haviam usado próteses totais removíveis e os que estavam em tratamento para a substituição das antigas, os que eram desdentados totais há menos tempo e aqueles que o eram há mais tempo.

A partir dessa variedade de características, procurou-se captar uma significativa variabilidade de depoimentos mediante entrevistas semi-estruturadas, baseadas em um roteiro composto de temas abertos, que permitissem aos entrevistados discorrer livremente sobre o

tema. Um pré-teste foi realizado com três outros pacientes do grupo originalmente constituído, de 50 participantes, com o objetivo de testar o roteiro e promover os necessários acertos (Minayo¹⁶, Cortes¹⁷).

As entrevistas individuais foram feitas por uma das pesquisadoras, em local previamente selecionado para esse fim, ocorreram no início do tratamento e o agendamento dos pacientes foi promovido de acordo com a disponibilidade de cada um deles. Os gastos referentes ao comparecimento de todos ao local escolhido para as entrevistas foram assumidos pelas pesquisadoras e todas as entrevistas gravadas em fita cassete, para posterior transcrição.

A duração das entrevistas variou de 30 minutos a 55 minutos e todas foram iniciadas com a mesma pergunta: “*Que falta o(a) senhor(a) acha que fazem seus dentes naturais?*”

Embora, a princípio essa pergunta possa ser considerada como indutora da confirmação de que os dentes fazem falta, optou-se por tal abordagem tendo-se em vista que a amostra fora retirada de um conjunto de pessoas desdentadas, que, espontaneamente, procuraram a Faculdade de Odontologia da UFMG, se inscreveram em lista de espera para tratamento e aguardaram entre seis meses e 11 meses pelo início deste. Além disso, todos os indivíduos, para se inscrever, tinham concordado em arcar com os custos laboratoriais dos serviços de prótese. Desta forma, a questão de que esses pacientes realmente se ressentiam da falta de dentes já estava definida de início.

Contrariamente a uma generalização dos conceitos teóricos testados, a abordagem qualitativa, adotada neste trabalho, permitiu maior aprofundamento e abrangência da compreensão do grupo social em estudo. Portanto, em detrimento do critério numérico, privilegiou-se a capacidade de a pesquisa refletir a totalidade das múltiplas dimensões da situação vivenciada (Acúrcio & Guimarães¹⁸). Foram selecionados sujeitos sociais que detinham os atributos que as investigadoras pretendiam conhecer, cuja interpretação era mais

importante que a simples mensuração de dados. É crescente o senso de que a saúde relacionada à qualidade de vida é mais bem interpretada que mensurada (MacEntee¹⁹).

Nas entrevistas, buscou-se investigar, então, as causas que levaram à perda dos dentes, a percepção das maiores dificuldades enfrentadas pelas pessoas após essa perda, as interferências da falta de dentes ou do uso de próteses inadequadas na sua rotina de vida, bem como seus sentimentos associados ao edentulismo. Procurou-se conhecer, também, as expectativas dessas pessoas frente à possibilidade de restabelecimento da sua boca mediante a incorporação de próteses.

Todas as entrevistas foram ouvidas e tiveram sua transcrição lida exhaustivamente, segundo o preconizado (Minayo¹⁶) e, na análise delas utilizou-se a técnica da Análise do Conteúdo, que permite a construção de categorias temáticas, pelo reconhecimento de idéias centrais dos textos em estudo (Minayo¹⁶, Cortes¹⁷).

Resultados e Discussão

Dos 13 (treze) pacientes entrevistados, quatro eram do gênero masculino e nove do feminino. A faixa etária dos voluntários variou de 37 anos a 73 anos, com a mediana em 48 anos. Oito deles eram casados ou moravam com seu (sua) parceiro (a); dois eram separados e três, viúvos. Do total de entrevistados, quatro estavam em atividade laboral e dos nove que não trabalhavam, quatro estavam aposentados. Sete dos pacientes estavam em tratamento para substituir próteses consideradas inadequadas, pelo Serviço e seis, para incorporação do primeiro par de próteses totais removíveis. Quatro deles eram desdentados há menos de cinco anos; seis, entre cinco e 10 anos; e três há mais de 10 anos.

Boa parte dos relatos obtidos revelou consenso sobre os problemas vivenciados - aspectos funcionais e psicológicos, traumas e rejeições nos relacionamentos interpessoais - em decorrência da falta de dentes, todos apontados como elementos enfrentados no dia-a-dia

das pessoas desdentadas. Em relação às queixas expostas, que apareceram indistintamente nos relatos, não se verificaram, especialmente, distinções associadas a gênero, idade, situação civil ou atividade laboral, fato já observado em outros estudos (MacEntee et al.²⁰, Freitas et al.²¹).

A análise de conteúdo, desenvolvida segundo os preceitos de Minayo¹⁶, e a categorização dos relatos, elaborada pelas pesquisadoras, permitiram a construção de três temas, ou núcleos de sentido – quais sejam, a perda dos dentes, as conseqüências dessa perda e as expectativas da reposição protética – que são discutidos a seguir.

- **A perda dos dentes**

Como causas da perda dentária foram explicitadas a falta de conhecimento dos meios para a manutenção dos dentes, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, a falta de recursos financeiros para o tratamento necessário, as experiências iatrogênicas vivenciadas pelas pessoas e o medo da dor .

A maior parte dos entrevistados apontou como elementos preponderantes na sua própria perda dentária a falta de informação sobre cuidados com a boca e a dificuldade de acesso a Serviço de Saúde Bucal:

“...porque, no interior, a gente não liga muito, fica tudo mais pras roça, pro mato e não liga muito...” (E01)

“Como a gente não tinha oportunidade lá, a gente foi criado no interior[...], dava cárie, não podia cuidar, porque nem conhecia o que era dentista na época.” (E07)

“A gente, pra falar a verdade, nem escova a gente usava. A gente escovava dente era com o dedo mesmo, às vezes mandava a gente apanhar folha de goiaba pra esfregar nos dentes com o dedo...” (E08)

Mesmo aqueles que conseguem ter acesso a tratamento odontológico são encorajados ao desdentamento total, que se caracteriza, então, como única alternativa de custo, pois tal procedimento é menos oneroso que a extração unitária de dentes. A extração total dos dentes representa, também, uma solução definitiva para a questão da dor (Vargas & Paixão⁴, Mendonça²²). A condição econômica exerce, portanto, papel fundamental como causa da perda dentária e da permanência como desdentado:

“... o problema meu foi mesmo falta de dinheiro.” (E10)

“...É porque a gente morava no interior naquelas fazenda brava, não tinha condições...” (E13)

“Eu não tinha como repor, minhas condições não dava[...] Não tinha como você procurar um dentista.” (E12)

Se, hoje, no País, grande parte da população ainda não tem acesso a tratamento odontológico, nas décadas de 1960 e 1970, quando a maior parte os entrevistados começou a perder os dentes, a situação era ainda pior. Embora já se tenha comprovado o prejuízo funcional que as perdas dentárias acarretam à vida das pessoas, apenas recentemente a saúde bucal tem sido considerada como parte integrante da saúde geral e como fator de influência na qualidade de vida nos níveis biológicos, psicológicos e sociais (Ferreira et al.⁵, Atchinson & Dolan²³, Appollonio et al.²⁴).

Quando se investigam prováveis problemas de saúde entre indivíduos desdentados, raramente se faz menção à questão da perda dentária como problema de saúde bucal e no Brasil, é comum que pessoas, apesar de grandes perdas dentárias, considerem boa sua saúde, inclusive a bucal (Ministério da Saúde³). Mesmo quando exames clínicos permitem detectar condição de saúde bucal precária numa determinada população, a percepção desta quanto aos problemas decorrentes pode ser pequena (Eliás & Sheiham¹¹, Silva & Fernandes²⁵). Além

disso, à medida que se tornam mais velhas, as pessoas passam a considerar os dentes menos importantes numa menor variedade de aspectos (Castilhos & Padilha²⁶).

Na verdade, o desdentado não é considerado doente. A perda dentária é tratada diferentemente de perdas de outras estruturas do corpo. Tal condição não provoca nenhuma simpatia especial e, ao contrário, espera-se que a pessoa se recupere dessa perda sem maiores problemas. Uma reação mais exacerbada pode ser considerada como uma deficiência na psiquê ou personalidade (Fiske et al.⁹).

O entendimento de que a remoção dos dentes pode ser a solução para os problemas de saúde bucal é resultado, também, da articulação de conceitos culturais e médicos, que determinam o agir frente a diferentes ocorrências desses problemas (Uchôa et al.²⁷). Considerar a perda de dentes como inevitável e que sua remoção é inerente à prática do cirurgião-dentista, também é, freqüentemente, apontada como uma possível causa da perda dentária (Vargas & Paixão⁴, Mendonça²²). Claramente, tais constatações podem ser feitas com base em falas que se reportam a experiências anteriormente vivenciadas com tratamentos odontológicos:

“Que o médico falou: Se não arrancar é perigoso, dá problema[...]Obturação? Deus me livre! Desconjuro!” (E03)

“...eu tinha os dentes tudo torto. Ai eu fui no dentista e ele foi lá falar: Vou arrancar.” (E05)

“Já sofri muito com dor de dente[...]. Eu fiquei 15 dias com 15 noites sem dormir. Rolava no chão assim limpinho...” (E12)

“Eram bons, mas o rôte estragou os dois aqui...” (E02).

“Sabe? Eu fui deixando, porque eu tive tanto pavor de ir no dentista...” (E10)

Certamente, o edentulismo no Brasil, assim como em outros países menos desenvolvidos, relaciona-se com fatores econômicos. Indivíduos com menor escolaridade, pobres e moradores em zonas rurais têm maior probabilidade de se tornar edêntulos. No entanto, os determinantes socioeconômicos explicam apenas parcialmente a disparidade caracterizada entre países e regiões. Sem dúvida, os fatores culturais e psicossociais devem desempenhar, nesses casos, um papel importante. Crenças populares - como “a perda dentária faz parte do envelhecimento” ou “a cada gravidez se perde um dente” – fundamentam, também, um certo conformismo a um progressivo desdentamento (Mojon²⁸). Muitas pessoas, embora tenham acesso a serviços odontológicos, preferem extrair os dentes para prevenir a ocorrência de dor ou até acabar com ela e até se aborrecem quando os dentistas insistem em propor um tratamento restaurador (Nations & Nuto⁶).

Relatos de que “a gente não liga muito”, “nem escova a gente usava” e “eu ganhava muito pouco” denotam a falta de percepção de questões como direito e cidadania, falta que leva os entrevistados a assumir responsabilidade por problemas decorrentes da estrutura socioeconômica. O fato de a condição socioeconômica se constituir um forte determinante da perda dentária é bastante fundamentado em vários estudos realizados sobre o tema, no Brasil e em outros países (Vargas & Paixão⁴, Ferreira et al.⁵, MacEentee¹⁹):

“Então, eu criava meus filhos sozinha... Então, para mim, eu preferia... é... é... me deixar mais de lado.” (E10)

“Igual eu, por causa de problema, trabalhar demais e preocupado com a família... Ah!... isola um bocado as coisas.” (E01)

- **As conseqüências da perda dos dentes**

Como conseqüências da perda dos dentes apontaram-se os prejuízos funcionais a ela associados, o conformismo à situação conseqüente, o constrangimento implícito à falta dos dentes e o sentimento de incompletude experimentado nesse caso.

Para todos os entrevistados desse estudo, a perda total de dentes representa, antes de tudo, dificuldades para mastigação e alimentação, aspecto igualmente destacado em várias outras pesquisas sobre o tema, que abordam tanto queixas dos pacientes quanto a mecânica da mastigação (Vargas & Paixão⁴; Ferreira et al.⁵, Freitas et al.²¹, Appollonio et al.²⁴, Colussi & Freitas²⁹; Pereira & Bonachela³⁰, Oliveira & Frigerio³¹). A falta dos dentes na hora de se alimentar foi recorrentemente apontada nos depoimentos ouvidos:

“Ah! Falta pra gente para a alimentação[...] Necessito muito de alimentação adequada por causa do meu problema de saúde.” (E01)

“É meio difícil, né? Uai, coisa dura... Coco, amendoim...”(E03)

“Mastigar é muito ruim. ...tem que comer uma carne mais macia...”(E04)

“Ah! E-eu não tô dando conta de mastigar nada assim mais duro[...] É só coisa mais leve mesmo, sabe?” (E08)

“Tem que engolir inteiro.” (E09)

“Acho horrível. Não posso comer direito, sabe?” (E10)

Perder os dentes é considerado, pela sociedade em geral e até por profissionais da Odontologia, como um acontecimento normal, uma conseqüência do passar dos anos (Pucca Jr.²). Grande parte das pessoas idosas, quando indagada sobre sua preocupação em relação à saúde, sequer cita problemas de saúde bucal como possível causa (Atchinson & Dolan²³). Em face à perda dentária os sentimentos observados podem passar por estágios que vão desde negação, raiva, depressão, até adaptação e aceitação (Fiske et al.⁹). Nas falas dos entrevistados a atitude de aceitação da situação é evidente:

“Dente é melhor; mas atrapalhou, vai fazer o quê? Teve que tirar. Teve que tirar, não tava bom mais, né?” (E06)

“... os que foi estragando eu fui arrancando de acordo, né?” (E04)

“Ah, tira tudo de uma vez e pronto!”(E07)

“Eu acho que eles já nasceram fracos mesmo, né?[...] qualquer coisinha, o dente já estragava, né?” (E13).

A despeito do conformismo à indicação ou ao fato concreto da remoção dos dentes, a seqüela que resta da mutilação provoca sentimentos de embaraço, revolta, exclusão e incompletude (Wolf⁸, Fiske et al.⁹, Davis et al.¹⁰):

“...eles critica. Faz um tempo que eu até como escondido, sentada num cantinho pra lá, que eu sei que dá crítica, que dá gozação. É feio.” (E08)

“É...Tem que tampar a boca assim, que é pros outros não rir de mim.” (E09)

“É ruim a pessoa, né? Sem dente, né? Equipar! A boca!” (E04)

A sociedade atual valoriza muito a aparência. O rosto é a parte mais diferenciada do corpo e está indissociavelmente ligado ao indivíduo e à sua identidade. A imagem que o sujeito tem de si mesmo associa-se e, geralmente, explica-se a partir de um padrão ideal imposto pelas exigências sociais e o sorriso tem, na sociedade contemporânea, conotações muito significativas, entre outras, as de bem-estar, alegria, segurança, auto-satisfação,

satisfação em relação ao outro, boa acolhida à aproximação. Os dentes, sem os quais, a função do sorriso não se completa devidamente, relacionam-se, mais freqüentemente, a juventude, beleza, produtividade e possibilidade de realização. Assim sendo, a sua reposição visa um retorno à aparência anterior (Wolf⁸) e conseqüentemente, os dentes são considerados aspectos importantes nas relações empregatícias, sociais, culturais, além de influenciar na auto-estima das pessoas (Elias et al.³²).

A perspectiva estética, por ser permeada de valores culturais, é uma das principais preocupações dos indivíduos, porque implica sentimentos de aprovação ou rejeição e, por isso, acaba por interferir nos relacionamentos interpessoais (Mori & Cardozo³³). No caso da ausência de dentes, sequer há a necessidade de um esforço especial para distingui-la. Essa característica, quando presente em um indivíduo, pode ser considerada como defeito físico e a pessoa pode se sentir marcada, por não preencher a um padrão de aceitabilidade (Davis et al.³⁴).

Uma das falas analisadas neste estudo é especialmente reveladora de um sentimento particular de constrangimento e explicita a influência da falta dos dentes sobre o desempenho na vida afetiva e sexual:

“Por que às vezes , até ele[...] às vezes, você vai dar um abraço nele, vai dar um beijo... Até ele, você acha[...] Eu olho prá ele e vejo que tem, assim, um certo desprezo[...] Nossa! Eu já desejei até morrer!” (E02)

O beijo é uma manifestação de carinho, que nesse caso, pode ser bloqueada e rejeitada, o que prejudica a própria auto-estima (Wolf⁸, Fiske et al.⁹, Elias & Sheiham³²). Existem autores que, inclusive, associam o edentulismo à depressão (Anttila et al.³⁵).

Uma pessoa que perde os dentes compara-se a outra que teve extirpada alguma parte do corpo, a mama por exemplo. No entanto o desdentado, não desperta necessariamente, os mesmos sentimentos de compaixão que, no caso, a mulher mastectomizada (Fiske et al.⁹).

Com frequência, a perda total dos dentes é associada à falta de cuidados e higiene, bem como à falta de condições socioeconômicas e culturais. Assim sendo, além de apresentar a seqüela, o sujeito é também o responsável exclusivo por ela (Mendonça²²).

- **As expectativas quanto à reposição protética**

No que diz respeito à expectativa dos pacientes em face da reposição protética dos dentes, foi possível observar que as preocupações mais frequentes envolvem a qualidade da prótese, especialmente quanto à estabilidade e à adaptação. Por causa de uma troca comum de experiências com outros usuários de dentaduras, os pacientes costumam planejar antecipadamente, estratégias para superar os possíveis problemas decorrentes do uso de próteses:

“... eu vou ter que aprender a usar a de baixo[...] Eu vou usar. Vou, vou...”(E10)

“...eu quero que ela vai ficar segura. Já orei que ela vai ficar segura.” (E06)

“No momento, eu estou pedindo a Deus para mim acostumar, né? Um irmão meu[...] ele não conseguiu ficar com a de baixo, não. Mas eu ... Tem que esforçar.” (E01)

“Ah! Espero de ficar muito boa[...] boa, assentada, que cola direitinho” (E09)

A escuta atenta dos depoimentos obtidos nesta pesquisa revela, em especial, o grande desejo das pessoas de superar as dificuldades anteriormente vivenciadas, para poderem

reencontrar, no espelho, o seu “eu” rejuvenescido, a sua liberdade de exposição ao olhar dos outros de maneira segura, completa (Wolf⁸):

“Eu creio que, mais ou menos assim, retornar o meu rosto quando assim... Não normal do jeito que era, mas aí, eu já envelheci bastante[...] comer as coisas direito[...] para conversar, acabar a vergonha de sair[...] Até na relação[...] dar um beijo nele...” (E02)

“É estética[...] se tiver que ir em algum lugar, né? Ir sem... não vou sem, porque vou ter o estepe.” (E07)

“É só completar, né?” (E04)

Os depoimentos revelam aspectos, percebidos pelos entrevistados, que, se, por um lado podem ser considerados subjetivos, por outro são compartilhados por todos. Os problemas analisados não se caracterizam, portanto, como limitantes para uma determinada pessoa ou para um subgrupo, mostram-se, na verdade, universais a esse conjunto de pessoas afetadas. Tendo-se em vista que os componentes da amostra estudada têm características comuns a uma considerável parcela da população brasileira, não é impróprio conjecturar que as percepções por eles expostas podem ser comuns a um grupo maior de indivíduos. Por isso, é importante ressaltar a importância dos aspectos destacados, especialmente quando se almeja a melhoria das condições de saúde bucal, considerando-se a repercussão positiva de tais condições na qualidade de vida da população do País.

Considerações Finais

Os indivíduos que perderam todos os elementos dentais acreditam que essa situação é inevitável, principalmente por causa de sua própria condição financeira desfavorável que limita seu acesso ao atendimento odontológico e mesmo os que conseguem atendimento são estimulados à extração.

A perda total dos elementos dentais implicou em conseqüências como dificuldades para uma adequada alimentação, sentimentos de constrangimento, de incompletude e também de resignação.

Para a amostra entrevistada, a expectativa de recomposição da cavidade bucal gera grande ansiedade, principalmente em relação à estabilidade e adaptação das próteses totais removíveis. No entanto, embora eles tenham consciência de que a utilização das próteses pode representar sacrifícios e implicar muita abnegação, a possibilidade de retorno ao padrão social geralmente aceito e de recuperação da própria imagem rejuvenescida faz valer a pena o sacrifício.

Colaboradores

Maria Elisa de Souza e Silva idealizou e redigiu o projeto de pesquisa, realizou as entrevistas, o levantamento e análise dos dados, o levantamento bibliográfico e a estruturação, a redação da primeira versão do artigo e da versão final do texto.

Efigênia Ferreira e Ferreira auxiliou na elaboração da metodologia, na revisão bibliográfica, na análise dos resultados e redação final do artigo.

Cláudia Silami Magalhães participou da análise dos resultados e da versão final do artigo.

Referências Bibliográficas

19. Barros JD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a services odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc saúde coletiva* 2002;7(4):709-17.
20. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):243-6.
21. Ministério da Saúde: Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(4):1015-1024.
23. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11(1):211-218.
24. Nations NK, Nuto SAS. Tooth worms, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 2002;54(2):229-34.
25. Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal em calidad de vida. *Rev Fola/oral* 1999;5(16):96-102.
26. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998;52(4):307-15.
27. Fiske J, Davis DM, Francês C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;184(2):90-3.
28. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. the emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000;188(9):503-6.

29. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998;25(9):649-61.
30. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr* 2000;13(3):157-65.
31. Jones JA, Orner MB, Spiro A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patient's perspectives. *Int Dent J* 2003;53(5):327-34.
32. Strassburger C, Kerschbaum T, Heydecke G. Influence of Implant and Conventional Protheses on Satisfaction and Quality of Life: A Literature Review. Part 2: Qualitative Analysis and Evaluation of the Studies. *Int J Prosthodont* 2006;19(4):339-48.
33. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Health* 1997;25(4):284-90.
34. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hubitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
35. Cortes SMV. Técnicas de coleta de análise qualitativa de dados. *Cad Sociol* 1998;9:1-47.
36. Acúrcio FA.; Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev Saude Publica* 1999;33(1):73-84.
37. MacEntee MI. O impacto do edentulismo na função e na qualidade de vida. In: Feine JS, Carlsson GE. *Overdentures sobre Implantes – Critérios de Cuidados para Pacientes Edêntulos*. São P: Quintessense; 2005. p. 23-36.
38. MacEntee MI, Hole R, Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Soc Sci Med* 1997;45(9):1449-58.
39. Freitas KM, Oliveira PEF, Paranhos HFO, Muglia VA, Pardini LC. Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. *Rev Paul Odontol* 2001; 23(6):25-8.

40. Mendonça MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001;17(6):1545-47.
41. Atchinson KA, Dolan TA. Development of Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;54(11):680-7.
42. Appollonio I, Carabellesse C, Frattola A, Trabucchi M. Dental Sattus, Quality of Life, and Mortality in an Older Community Population: A multivariate Approach. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(11):1315-23.
43. Silva SCR, Fernandes RAC. Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev de Saude Publica* 2001;35(4):346-55
44. Castilhos EDS, Padilha DMP. A importância dos dentes para três diferentes grupos de idosos. *Rev Fac Odontol P Alegre* 2002;43(2):40-3.
45. Uchoa E, Firmo JOA, DiasEC, Pereira MSN, Gontijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad Saude Publica* 2002;18(1):71-9.
46. Mojon P. O mundo sem dentes: tendências demográficas. In: Feine JS, Carlsson GE. *Overdentures sobre Implantes – Critérios de Cuidados para Pacientes Edêntulos*. São Paulo: Quintessense. 2005. p. 03-13.
47. Colussi, CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saude Publica* 2002;18(5):1313-20.
48. Pereira T, Bonachela WC. Avaliação Longitudinal do Perfil de Pacientes Portdores de Prótese Totais em Função do Grau de Satisfação. *Rev Bras Prot Clin Lab* 2003;5(24):124-8.
49. Oliveira TRC, Frigerio MLMA. Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology* 2004; 21(4):205-8.

50. Elias MS, Cano MAT, Mestriner Jr.W, Ferriani MGC. A Importância da Saúde Bucal para adolescentes de Diferentes Extratos Sociais do Município de Ribeirão Preto. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001;9(1):88-95.
51. Mori AT, Cardozo HF. Expectativas com relação aos resultados estéticos dos tratamentos odontológicos. *Rev Paul Odontol* 2004; 26(2):12-6.
52. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects od tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 1998;188(9):503-6.
53. Antilla SS, Knuuttila ML, Sakki TK. Relationship of depressive syptoms to edentulousness, dental health, and dental health behavior. *Acta Odontol Scand* 2001;59(6):406-12.

Agradecimentos

As autoras agradecem à Professora Maria Lúcia Brandão Freire de Mello pela revisão ortográfica e gramatical do texto.

Prótese Total Removível: da expectativa à (in)satisfação
Complete Removable Prosthesis: from expectation to (dis)satisfaction

Maria Elisa de Souza e Silva¹

Cláudia Silami de Magalhães¹

Efigênia Ferreira e Ferreira²

¹ Docente do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil.

² Docente do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

Correspondência

Maria Elisa de Souza e Silva

Av Antonio Carlos 6627 – Faculdade de odontologia – sala 3339

CEP: 31.270-901 – Belo Horizonte – Minas Gerais- Brasil

ou

R. Juvenal dos Santos, 222/108- Luxemburgo, Belo Horizonte

Cep: 30.380.530 – Belo Horizonte, Minas Gerais/Brasil

e-mail: elisa@ufmg.br

Este artigo foi formatado de acordo com as instruções da Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Abstract

The purpose of this survey was to increase our knowledge on the experience and feelings of edentulous persons, six months after acquiring and wearing a pair of complete removable dentures. The twelve patients of the sample were interviewed individually according to a semi-structured questionnaire in order to have a free conversation about that subject. From each one, it was taken photographs, before dental treatment and after the denture's use. Their images were presented and their impressions were collected. The analysis of their statements allowed verifying that complete removable prosthesis improve the quality of life, but the difficulties encountered can lead the users even to abandon their prostheses. A proper investment on the part of health professionals with clarification and monitoring of such patients could minimize their difficulties.

Key Words: Complete removable prosthesis, Teeth loss, Quality of life

Resumo

O objetivo desse estudo foi o aprofundamento do conhecimento acerca das experiências e sentimentos dos desdentados totais, seis meses após a incorporação e uso do par de próteses totais removíveis. Os 12 pacientes da amostra foram entrevistados seguindo um roteiro com questões semi-estruturadas, o que lhes permitiu discorrer livremente sobre o tema. Cada paciente foi fotografado antes o início do tratamento e no dia em que foi entrevistado, após o uso das próteses. As imagens lhes foram apresentadas e as impressões sobre as mudanças ocorridas foram coletadas. A análise do conteúdo de seus depoimentos permitiu verificar que o uso de próteses totais removíveis melhora a qualidade de vida, mas as dificuldades enfrentadas podem levar os usuários até a abandonar as próteses. Um adequado investimento no esclarecimento e acompanhamento desses pacientes por parte dos profissionais poderia minimizar os problemas vivenciados.

Palavras-chave: Prótese Total, Perda Dentária, Qualidade de Vida

Introdução

Com o passar dos anos, a preservação do máximo possível de elementos dentais é a melhor garantia da manutenção das funções da boca. Contudo, indivíduos com falhas na dentição completa podem apresentar elevado grau de satisfação com a sua própria boca, principalmente se não houver prejuízo da capacidade mastigatória ou da estética. Considera-se que a presença de, no mínimo, 20 dentes bem distribuídos seja capaz de garantir a satisfação e a manutenção de uma adequada habilidade mastigatória. No entanto, é um equívoco pensar que as pessoas possam ficar sem os dentes e que “*estejam muito bem*”. (Elias & Sheiham¹, Agerberg & Carlsson², Carlsson³, Bates et al.⁴, Chauncey et al.⁵).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido incapaz de atender à demanda por atenção à saúde bucal (Braga et al.⁶), o que leva as pessoas a perderem os dentes até precocemente. Ao se tornar desdentada, a maior parte da população que depende desse atendimento, tem pouca alternativa a não ser se manter nessa condição (Ministério da Saúde⁷). Em função de anos da aplicação de uma política nacional de saúde bucal equivocada e da pouca possibilidade de acesso ao tratamento odontológico (Barros & Bertoldi⁸), o contingente de pessoas com demandas por atenção especializada é muito grande.

Como uma estratégia para ampliação da atenção à saúde bucal, o Brasil Sorridente que integra a Política Nacional de Saúde Bucal do SUS, vem sendo gradualmente implementado a partir de 2004. Esse projeto constitui uma nova política de abordagem à atenção bucal e está articulado a outras políticas de saúde e às demais políticas públicas. Até 2005 foram investidos R\$ 490 milhões e até o final do ano de 2006, estão previstos investimentos de mais de 1,6 bilhões de reais. Tal proposta tem, entre outros, o objetivo de ampliar o leque de procedimentos odontológicos à população brasileira que recebia, até então, apenas a atenção básica e também prevê o apoio ao desenvolvimento de pesquisas em saúde bucal coletiva e a produção de conhecimentos que retornem como benefício à população. Neste sentido, vêm

sendo implantados os Centros Odontológicos Especializados (CEOs) com a oferta de procedimentos de atenção odontológica especializada, ao lado das ações de promoção de saúde. Além da implantação dos CEOs também está prevista a implantação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária-LRPD, unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para a confecção de próteses dentais ou próteses parciais removíveis (Pucca Jr⁹). De acordo com a Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde já foram implantados 474 CEOs e 174 LRPD até 30 de setembro de 2006. É a iniciativa mais efetiva do sistema público no que concerne ao atendimento de pacientes desdentados.

A dentição é, muitas vezes, o elemento mais decisivo para a formulação de julgamentos sobre a aparência de uma pessoa. O desejo de se apresentar com boa imagem não é mais considerado vaidade. Na sociedade em que vivemos, se apresentar bem, significa melhor inserção social, melhor aceitação pessoal, melhores oportunidades de emprego. Quando as pessoas não alcançam o padrão desenhado e divulgado pela mídia, podem se tornar mais vulneráveis a sentimentos de inferioridade. Nesse aspecto, o sorriso tem ressaltado papel: anuncia bem-estar, alegria, auto-satisfação, boa acolhida em relação ao outro. *“É uma mensagem de ritual de oferenda e receptividade. E a função do sorriso não se completa sem os dentes”* (Vargas & Paixão¹⁰, Wolf¹¹).

A recomposição da boca com a incorporação de próteses representa para o desdentado, a superação de uma falha funcional, é um recurso de retorno a uma imagem que se queria continuar tendo e que é exigida por uma sociedade que valoriza as possibilidades do sujeito pela sua conformidade a um determinado padrão estético (Wolf¹¹).

O uso de próteses totais, mesmo em situações consideradas como excelentes, impõe limites funcionais às pessoas. No entanto, é preciso ressaltar que, na maioria dos casos essa utilização é feita sem o devido acompanhamento especializado e por tempo muito superior ao

recomendado. Mesmo assim, de uma maneira geral, o índice de satisfação com o uso de próteses é maior que o de insatisfação (Freitas et al.¹²). A incorporação de próteses totais removíveis convencionais pode ser um adequado tratamento que resulte na melhoria da qualidade de vida das pessoas que perderam seus dentes (McGrath & Bedi¹³, MacEntee et al.¹⁴, Strassburger et al.¹⁵).

Este estudo, de cunho qualitativo, se propõe a analisar as experiências relatadas pelas pessoas com perda dentária total depois da incorporação de próteses totais removíveis. As expectativas alimentadas pelas pessoas edêntulas diante da possibilidade da incorporação de próteses totais removíveis são atendidas de forma adequada? A utilização das próteses é de fácil aceitação? Que problemas os usuários de próteses totais removíveis ainda têm de superar para que sua condição de saúde bucal possa ser percebida como boa e de impacto positivo na qualidade de suas vidas? Estas foram questões que nos propusemos a investigar. Em decorrência disso, talvez também seja possível entender melhor as conseqüências da perda dentária total e a ampliação de sua compreensão enquanto problema de saúde pública. Entendemos que o aprofundamento do conhecimento poderá propiciar aos profissionais da atenção à saúde bucal, uma reflexão sobre a abordagem a estes pacientes, sobre o tratamento oferecido e sobre as estratégias para potencializar seu benefício.

Métodos

O universo deste estudo foi composto por 50 voluntários, usuários do Serviço Público de Saúde Bucal da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais-Brasil em tratamento na Clínica de Prótese Total Removível da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, para incorporação ou substituição das próteses totais removíveis, se julgadas inadequadas.

Desse grupo, foram intencionalmente selecionados doze (12) pacientes, com o objetivo de abranger uma boa variedade do universo. Desta forma, foram incluídos indivíduos de ambos os gêneros, com idades variadas, aqueles que nunca haviam usado próteses totais removíveis e quem estava em tratamento para substituição das próteses antigas.

Em se tratando de pesquisa que envolve seres humanos, esta se iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer no. ETIC 442/04).

O instrumento escolhido para a coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada, baseada em roteiro com questões abertas de modo a permitir ao entrevistado discorrer livremente sobre o tema ao invés de escolher idéias preconcebidas (Cortes¹⁶).

De cada paciente selecionado foi tomada uma fotografia frontal antes do início do tratamento e a mesma foi armazenada em meio eletrônico. Decorrido o prazo mínimo de seis meses da incorporação do par de próteses, os doze (12) pacientes foram entrevistados individualmente e nesta ocasião foi tomada nova fotografia. Durante a entrevista todos puderam ver, através da tela do computador, as imagens de antes e depois da incorporação das dentaduras e suas impressões sobre as mudanças ocorridas foram coletadas

A partir da variedade de pessoas selecionadas, intencionou-se capturar uma boa variabilidade nos depoimentos com o objetivo de conhecer as repercussões do restabelecimento da boca através da incorporação das próteses na qualidade de vida das pessoas, bem como os possíveis problemas que os usuários de próteses totais removíveis têm de superar após a sua incorporação.

Os doze indivíduos que compuseram a amostra compareceram à Faculdade para as entrevistas individuais, que foram realizadas em local previamente selecionado para esse fim e gravadas em cassete, para posterior transcrição pela pesquisadora. Houve um esforço de manter uma postura que facilitasse uma boa interação entre pesquisadora e entrevistado, de

modo a permitir maior riqueza ao conteúdo coletado (Minayo¹⁷). Terminada cada entrevista, imediatamente foi feita a transcrição literal.

Todas as entrevistas foram ouvidas e tiveram sua transcrição lida exhaustivamente, segundo o preconizado (Minayo¹⁷) e, na análise delas utilizou-se a técnica da Análise do Conteúdo, que permite a construção de categorias temáticas, pelo reconhecimento de idéias centrais dos textos em estudo (Cortes¹⁶, Minayo¹⁷)

Resultados e Discussão

A adoção da metodologia qualitativa limita a possibilidade de generalização dos resultados das pesquisas desse cunho, pois que não se ocupa em oferecer elementos para generalizações, preocupando-se mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do grupo social em estudo (Acúrcio & Guimarães¹⁸). No entanto, em função da grande importância que dão aos discursos, as abordagens de corte qualitativo identificam com algum detalhe uma série de atitudes, necessidades, valores e sentimentos, além de permitir o levantamento de hipóteses que poderão ser testadas através de métodos quantitativos (Fiske et al.¹⁹).

A partir da oitava entrevista e leitura das respectivas transcrições, observou-se que os temas expostos nas falas dos pacientes foram recorrentes, mas como nos propuséramos a abordar os diferentes perfis, demos continuidade ao trabalho.

Para a grande maioria dos pacientes, nove entre 12, a incorporação do par de próteses totais removíveis teve algum impacto positivo na qualidade de vida de cada um. Dois pacientes relataram não ter suportado usar o par de próteses e uma paciente usou apenas a superior, embora esta também não a tenha satisfeito.

A análise do conteúdo explicitado nas falas coletadas permitiu a construção de três categorias temáticas (Minayo¹⁷): impacto visual da incorporação das próteses, satisfação plena com as próteses; insatisfação com as próteses.

Impacto Visual da Incorporação das Próteses

À exceção daqueles que não usaram suas respectivas dentaduras e, portanto, não tiveram sua fisionomia alterada, os pacientes se manifestaram positivamente ao confrontarem suas fotografias sem dentes e após a incorporação das próteses. Alguns deles choraram de emoção e explicitaram sentimentos de alegria e surpresa, ao visualizarem sua imagem com o par de próteses:

“Acho que vejo a vontade de viver, a alegria, porque não tinha vontade nenhuma, prazer nenhum na vida.... Completamente diferente. Gente, eu não gostava nem de pentear cabelo no espelho!(Choro) Nem acredito! Porque é difícil, né? Gente, do jeito que estava[...] foi maravilhoso! Não tem nem base assim, para agradecer, né? Nossa! (Choro)”(E02)

“Como fica diferente! Ficou muito melhor, é diferente. Nossa! É bem diferente, né? Parece que a gente está mais feliz. [...] Mais nova, né? Por causa que a pessoa sem dentes fica mais velha. Não tem nem jeito de falar que não fica porque fica, né?” (E10)

“Ah, a pessoa fica muito mais jovem né? Quando eu tiro ela e olho no espelho... hum que coisa feia meu Deus do céu! (Risos) Mas é... E quando põe melhora tudo... É minha filha...”(E09)

“Ó a boca! (risos) É horrível a boca da gente sem dente, nossa!”(E12)

“É, em relação com a outra, está melhor né? [...], só que eu estou sentindo o jeito de falar...”(E08)

Quando os temas são a aparência e atratividade facial, a região da boca é a primeira lembrança que se tem. Qualquer fator que a desvalorize será objeto de depreciação pessoal com conseqüências para a auto-imagem e auto-estima (Wolf¹¹, Fiske et al.¹⁹, Davis et al.²⁰).

O uso das próteses totais removíveis tem como uma essencial função, a melhoria da aparência das pessoas e como repercussão, o seu resgate para o convívio social. Determinadas falas, que registram as impressões das outras pessoas sobre as mudanças processadas, demonstram a amplitude desse benefício:

“Agora é diferente... já vem todo mundo...Ah, cê arrumou? Está jóia. Ficou bonita! Onde cê arrumou? Todo mundo quer saber onde e quanto.” (E11)

“Ah! Agora acabou. Agora, posso abrir a boca em qualquer lugar! Agora, graças a Deus, saio, ninguém me prende. Nosso Deus, saio demais! Não paro, agora não quieto dentro de casa!...]Agora tenho ânimo até para... Trabalho em dois emprego. Já saio, às vezes para ir até no shopping também.” (E02)

Ah, eu dou graças a Deus, que eu tinha vergonha de sair com a minha boca sem dente. Era muito feio... Só que eu não tiro ela por isso, porque quando eu tiro é horrível! (risos) Eu vou tirando, meu pequenininho de dois anos percebe! Cadê seus dente, mainha?”(E12).

A imagem que o sujeito tem de si mesmo sofre a influência do padrão ideal imposto pelas exigências sociais e o sorriso, em nossa sociedade, tem conotações muito significativas como bem-estar, alegria, segurança, auto-satisfação, satisfação em relação ao outro, boa acolhida à aproximação. Os dentes, sem os quais a função do sorriso não se completa, estão associados à juventude, beleza, produtividade e possibilidade de realização e a sua reposição visa um retorno à aparência anterior (Wolf¹¹). Desta forma, são considerados importantes aspectos nas relações empregatícios, sociais, culturais, além de ajudar na auto-estima de cada um (Elias & Sheiham¹, Mendonça²¹).

É possível perceber em algumas falas, que o uso de dentaduras restabelece funções da boca e pode melhorar a qualidade de vida de pessoas desdentadas (Souza & Tamaki²², McGrath & Bedi¹³). Mais que isso, ajuda na recuperação da auto-estima e da dignidade, traz de volta o sentimento de completude e de adequação ao ambiente de convívio social (Wolf¹¹).

Satisfação com as Próteses

A condição de satisfação plena com as próteses vem expressa nos depoimentos de apenas três dos doze entrevistados e foi especialmente ressaltada pelos pacientes que sentiram, além da melhoria da aparência, uma grande melhoria de sua capacidade mastigatória (Silverman et al.²³, Pereira & Bonachela²⁴). Nesse aspecto, tais pacientes afirmaram não sentir qualquer incômodo para mastigar:

“...desde o primeiro dia que eu coloquei, que eu vim buscar ela, ficou jóia! Até os primeiros dias que eu coloquei-nem parecia que eu tinha posto. Mastigo tranqüila! Côco Bahia... Eu mordo frango...”(E06)

“Ah! Muita coisa, né? Alimentação era... assim... tinha problema de intestino, porque não podia, não conseguia mastigar direito..., o intestino já...Melhorou tudo....” (E02)

“Ficou ótima![...] ficou bom, ficou bom. Agora o meu caso, ih! Tem muitos anos né, que eu uso. Desde 79, 78. [...] Tinha muitas coisas que a gente não conseguia mastigar direito tudo, por causa das falta dos dentes superiores e inferiores, né? E agora tá tudo tranqüilo. Eu mastigo normal.”(E07)

Uma das falas mostra bem a elevação da auto-estima propiciada pela recuperação da aparência, conforme ressaltam autores que estudaram esse tema(Vargas& Paixão¹⁰, Wolf¹¹, Davis et al.²⁰)

“Se alguém ria, eu achava que era rindo de mim. Agora, graças a Deus, saio, ninguém me prende, nossa Deus, saio demais!”(E02)

Outra fala, resalta além da boa aparência, a adequada fixação da prótese, condição fundamental para a realização da adequada mastigação (Souza & Tamaki²²):

“Ficou bonita! Nem parece ó. Segura, essa aqui ficou mais segura mesmo.”(E06)

Insatisfeitos com as próteses

A análise dos depoimentos de nove pacientes os levou à categoria de insatisfação com as próteses. Seis deles consideraram as próteses como boas, mas indicaram dificuldades em utilizá-las plenamente, em especial, a prótese mandibular:

“...e ela fica rodando, aquela coisa ruim!” (E08)

“ Se não fosse, assim, essa diferença de estar assim soltando, eu não tenho dificuldade nenhuma” (E11)

“E aí eu vou falar e ela solta! A, a inferior.”(E05).

A possibilidade da execução de uma mastigação adequada é um componente determinante para a boa aceitação das próteses (Freitas et al.¹²).

“Por que eu mastigo com ela,[...] eu sinto até falta dela pra mastigar [...]só que ela ta larga, ela ta me incomodando. Na hora que eu vou mastigar ela fica saindo do lugar e tudo, e isso me dá muito nervoso!”(E10)

“Porque, ela... no, no mastigar ela sai, desloca, parece que ela ficou, uma parte dela, a inferior, parece que deu uma curva aqui assim[...] ela agarra na superior e não tem jeito de eu mastigar.”(E13)

Sabe-se que os problemas mastigatórios das pessoas desdentadas podem diminuir com o uso de dentaduras e é melhor que as utilizem (Souza & Tamaki²², Appollonio et al.²⁵, Szentperety et al.²⁶), no entanto a dificuldade de retenção e adaptação das próteses inferiores é comum e representa um obstáculo para o sucesso pleno da utilização das próteses, fato constatado em vários estudos (Souza & Tamaki²², Berg²⁷, Celebic et al.²⁸).

Sem a adequada fixação das próteses totais removíveis, especialmente das inferiores, os usuários passam a evitar determinados alimentos mais consistentes e que requerem uma efetiva mastigação em detrimento de outros, pobres em fibras, vitaminas e minerais, cuja

mastigação é mais fácil. O consumo inadequado de energia, vitaminas, ferro e vitaminas, em longo prazo, pode causar prejuízo à saúde (Campos et al.²⁹).

Foi possível verificar pela análise das falas, que os pacientes percebem que a utilização das próteses trouxe benefícios, no entanto trouxe também, dificuldades que lhes impõem dor, incômodo, sacrifício e sentimento de frustração:

“Ah[...] Olha eu não gosto de dentadura mesmo né? Coloquei porque eu não podia ficar sem dentadura, porque eu acho um horror!... Que a de baixo tá larga demais. Eu sinto falta dela pra mastigar, porque eu mastigo com ela, mas eu não fico com ela o tempo todo na boca. Eu não acostumei até hoje com ela, o tempo todo na boca, essa de baixo!(E10).

“É... A ultima aí.. ela abriu demais, né? [...] Depois ela ficou folgando um pouquinho né? E aí, eu tiro com facilidade... tirando com a língua mesmo... Aí começa a soltar né...”(E04).

No meu caso eu tirei, ah tirei muitas vezes né? Tirava, tirava... Até que acostumei, porque se tirar, na hora de comer por exemplo, se tirar ela, num costuma nunca! Né?(E09)

“Sem explicação!... Não, eu acho tipo assim, ó melhorou cem por cento na vida né? [...] Num posso falar que é normal, completo, que não é. Porque essa inferior aqui, dependendo da coisa que a gente vai comer, ela enche, entendeu? Aí ela costuma soltar... Mas é porque eu mordo. Mas eu já peguei o jeito dela, então...”(E12).

Novamente, as dificuldades apontadas referem-se principalmente ao uso da dentadura inferior, responsável pelo maior potencial de insatisfação dos usuários de próteses totais (Braga et al.⁶, Souza & Tamaki²², Berg²⁷, Celebic et al.²⁸).

Os depoimentos de três entrevistados demonstraram que a incorporação das próteses totais tiveram pouco ou nenhum significado em suas vidas, se considerados os problemas que enfrentavam antes de sua utilização. Dois não conseguiram sequer, utilizar suas dentaduras, tamanho o incômodo que elas lhes causaram. Uma paciente optou por utilizar apenas a prótese maxilar, embora também estivesse descontente com a aparência dela; considerou os dentes inadequados quanto ao tamanho e a forma.

“Mas eu não consigo ficar com a de baixo, de jeito nenhum, não pára[...] E as vezes, eu tento ficar com ela, ela me machuca, e a de cima, eu sinto que tem hora que eu falo as coisas tudo errado. É porque parece que os dentes ficou grande, não sei...eu sinto[...] E eu pedi ... eu não quero que põe dente muito grande não. [...] Eu vou isolar, não vou mexer com isso mais não.” (E08).

“Uai, como é que eu vou fazer então? Por que eu tô com ela, não tô podendo usar ela, está me machucando, podendo mastigar nem nada.[...] É, machucava mesmo.. não posso mais ficar, que ela agarra aqui o lado.”(E13)

“Ah... Na hora até que ficava, né? Mas de ficar muito tempo com ela machuca muito[...] Doeu depois e piorou.[...] Mas o incômodo é da dor mesmo.” (E03)

Quando questionados sobre a razão pela qual não retornaram ao serviço para resolver as queixas ou dificuldades no uso das próteses, os pacientes apresentam argumentos como:

“Eu sei mas eu não vim... sabe como é que é, aquele negócio... eu vou, não vou...sabe?... Não vim de preguiça mesmo. Né...[...] pra sair eu ponho, eu não consigo sair sem a dentadura... “ (E10)

“Aí eu fui, até mostrei pro Dr. XXX, o tubo de Corega, que custou quarenta reais... não resolveu nada.” (E08)

“Mas eu vim. Até aquela moça, lá naquele negócio, ela falou que eles já tinham ido tudo embora.”(E03)

“Aí tornei a voltar aqui outra vez não quis me atender porque eu não sabia o nome do professor, eu sabia só da aluna lá, mas do professor eu não sabia...” (E13).

Muitos pacientes têm a expectativa de que as próteses totais removíveis serão como os dentes naturais. No entanto, em função da maior dificuldade da adaptação e retenção da prótese mandibular, sentem-se insatisfeitos e acabam por deixar de utilizá-la. Depois que recebem as próteses, quando procuram o dentista, geralmente o fazem para se queixar de problemas com a prótese inferior e em grande parte das vezes, são informados de que *devem se conformar, que é assim mesmo*. Tal atitude dos profissionais só faz com que os pacientes criem, eles próprios, estratégias para superar suas dificuldades (Freitas et al.¹², Brunetti & Montenegro³⁰).

Da análise das falas, é possível inferir que não houve efetiva orientação e informação sobre a necessidade do retorno ao serviço. A maioria dos pacientes que tentou ter acesso ao serviço para sanar suas dificuldades não pôde fazê-lo. Tal constatação é corroborada por vários trabalhos que confirmam que os pacientes que utilizam próteses dentárias não recebem, por parte dos profissionais que os assistem, as informações adequadas sobre os cuidados necessários, sobre métodos de higienização, ou sobre a necessidade de revisões odontológicas de sua condição bucal e das próteses. Muitas vezes, sequer suas verdadeiras necessidades são consideradas no início do tratamento (Pereira & Bonachela²⁴, Goulart et al.³¹, Freitas et al.³², Smith & Hughes³³, Anatassiadou et al.³⁴).

Cada paciente que busca o cirurgião dentista para a incorporação de próteses totais deveria ser enfaticamente esclarecido sobre a condição dos rebordos alveolares, especialmente o inferior, que terá de suportar e reter a prótese. Além disso, deveria ser informado sobre as possíveis dificuldades que terá de superar, independentemente da utilização da técnica mais sofisticada adotada no seu atendimento. Enfim, o paciente, se adequadamente esclarecido e motivado, poderia aceitar menos que a natureza (Silverman et al.^{23, 35}). Os profissionais devem também buscar conhecer a percepção de cada um sobre sua própria saúde bucal e de suas necessidades bucais para que possam propor uma abordagem com maiores possibilidades de satisfazê-los (McNaugher et al.³⁶).

Na vida real, com a incorporação das próteses, salvo novas consultas para os ajustes mais críticos, tanto o paciente, quanto o dentista consideram que está concluído o trabalho. Por parte do profissional, pouca ênfase é dada para a necessidade de consultas de manutenção e controle pós-tratamento. O paciente pouco informado, de sua parte, considera que seus problemas de saúde bucal estão sanados, dentro do possível. De uma maneira geral, o desdentado total, depois que incorpora o par de próteses, sente-se recuperado para o convívio social e considera que está esteticamente recomposto, mesmo que sinta dores ou dificuldades

funcionais (Pereira & Bonachela²⁴, Goulart et al.³¹, Freitas et al.³², Smith et al.³³, Anastassiadou et al.³⁴).

Na amostra estudada, é possível afirmar que a satisfação dos usuários e a adaptação às próteses executadas poderiam ter sido melhores, se o serviço tivesse, aliada à preocupação com a qualidade técnica dos trabalhos, uma estratégia de comunicação e esclarecimento ao paciente, com ênfase nas limitações inerentes ao uso de próteses totais e um programa de acompanhamento e manutenção dos pacientes após a incorporação das próteses.

O investimento na boa comunicação entre os profissionais e seus pacientes é uma das alternativas para a melhoria da qualidade da atenção (Anastassiadou et al.³⁴). Sem que se veja esta estratégia enfatizada pelos profissionais que executam a atenção à saúde bucal, nos deparamos com a indicação de outra alternativa que é a adoção de próteses sobre implantes, especialmente as mandibulares. Tal procedimento, foco principal de muitas pesquisas na área, já se sabe, permitirá maior estabilidade e retenção das próteses (Souza & Tamaki²², Oliveira e Frigério³⁷), mas, sobretudo em função do custo final, no caso da população brasileira, pode-se afirmar que a utilização dessa alternativa é uma meta utópica para um sistema de atenção que apenas sinaliza que haverá investimento para a oferta de próteses totais convencionais (Pucca Jr⁹).

Essa nova alternativa não investe na solução dos problemas levantados. Apesar da anunciada e comprovada melhor fixação das próteses quando associadas ao uso de implantes, nada está sendo pensado com relação às questões subjetivas observadas neste estudo. Propõe-se solucionar um problema com dimensões objetivas e subjetivas, através de estratégias de caráter somente objetivo. Pode-se prever então, que os problemas podem ser outros, diferentes mas, certamente eles permanecerão.

Além disso, os resultados da implementação de serviços especializados devem ser cuidadosamente observados, tendo em vista que estudos anteriores já demonstraram que esses serviços, sejam curativos ou preventivos, não tiveram grande impacto na solução dos problemas de saúde bucal. As evidências disponíveis indicam, por exemplo, que a cárie e a doença periodontal podem ser prevenidas e controladas (Barros e Bertoldi⁸). Tais ações, implementáveis no nível primário de atenção, têm maior chance de reduzir a ocorrência dos agravos que demandam soluções mais especializadas e onerosas.

Considerações Finais

Para a maioria dos pacientes desta amostra a incorporação de próteses melhorou a qualidade de vida e eles se sentem, em alguma medida, satisfeitos com a sua utilização. Tal benefício ficou mais evidente para aqueles que resgataram a boa habilidade mastigatória.

A utilização das próteses totais removíveis pode trazer dificuldades, nem sempre superáveis, o que pode resultar até no abandono das mesmas.

O Serviço de Atendimento pode ampliar a possibilidade de satisfação dos pacientes que recebem suas próteses totais removíveis se houver um investimento na relação entre profissional-paciente que promova uma adequada interação e orientação tanto antes da execução dos trabalhos, como posteriormente à sua incorporação.

Todo serviço que executa trabalhos de próteses removíveis deve ter um programa de controle e manutenção da saúde bucal dos pacientes e preservação dos aparelhos protéticos.

Colaboradores

Maria Elisa de Souza e Silva idealizou e redigiu o projeto de pesquisa, realizou as entrevistas, o levantamento e análise dos dados, o levantamento bibliográfico e a estruturação, a redação da primeira versão do artigo e da versão final do texto.

Efigênia Ferreira e Ferreira auxiliou na elaboração da metodologia, na revisão bibliográfica, na análise dos resultados e redação final do artigo.

Cláudia Silami Magalhães participou da análise dos resultados e da versão final do artigo.

Referências bibliográficas

1. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil* 1998;25(9):649-61.
2. Agerberg C, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health. *Acta Odontol Scand* 1981;39(4): 147-53.
3. Carlsson GE. Masticatory efficiency: the effect of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation. *Int Dent J* 1984; 34(2):93-7.
4. Bates JF, Stafford GD, Harrison A. Masticatory function – a review of literature III – Masticatory performance and efficiency. *J Oral Rehabil* 1976;3(1):57-67.
5. Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Waylor AH. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J* 1984;34(2):98-04.
6. Braga SRS, Telarolli Junior R, Braga AS, Catirse ABCEB. Avaliação das condições e satisfação com as próteses em idosos da Região Central do Estado de São Paulo (Brasil). *Rev Odontol UNESP* 2002;31(1):39-48.
7. Ministério da Saúde: Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Barros JD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc saúde coletiva* 2002;7(4):709-17.
9. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciênc saúde coletiva* 2006;11(1):243-6.

10. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(4):1015-24.
11. Wolf SMR. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998;52(4):307-15.
12. Freitas KM, Oliveira PEF, Paranhos HFO, Muglia VA, Pardini LC. Avaliação do grau de satisfação de pacientes reabilitados com próteses totais convencionais. *Rev Paul Odontol* 2001;23(6):25-8.
13. McGrath C, Bedi R. Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001;29(4):243-6.
14. MacEntee MI, Hole R, Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Soc Sci Med* 1997;45(9):1449-58.
15. Strassburger C, Krschbaum T, Heydecke G. Influence of Implant and Conventional Protheses on Satisfaction and Quality of Life: A Literature Review. Part 2: Qualitative Analysis and Evaluation of the Studies. *Int J Prosthodont* 2006;19(4):339-48.
16. Cortes SMV. Técnicas de coleta de análise qualitativa de dados. *Cad Sociol* 1998;9: 1-47.
17. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo:Hubitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
18. Acúrcio FA.; Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev de Saúde Pública* 1999;33(1):73-84.
19. Fiske J, Davis DM, Francês C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;184(2):90-3.
20. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000;188(9):503-6.

21. Mendonça MT. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saúde Pública* 2001;17(6):1545-47.
22. Souza CP, Tamaki R. Implicações do uso da prótese total na geriatria. *ROBRAC* 1996;6(19): 29-31.
23. Silverman S, Silverman SI, Silverman B, Garfinkel L. Self-image and its relation to denture acceptance. *J Prosthet Dent* 1976;35(2):131-41.
24. Pereira T, Bonachela WC. Avaliação longitudinal do perfil de pacientes portadores de prótese totais em função do grau de satisfação. *Rev Bras Prot Clin Lab* 2003;5(24):124-8.
25. Appollonio I, Carabellesse C, Frattola A, Trabucchi M. Dental status, quality of life, and mortality in an older community population: a multivariate approach. *J Am Geriatr Soc* 1997;45(11):1315-23.
26. Szentperety AG, John MT, SladeGD, Setz JM. Problems reported by patients before and after prosthodontic treatment. *Int J Prosthodont* 2005;18(2):124-31.
27. Berg E. The influence of some anamnestic, demographic, and clinical variables on patient acceptance of new complete dentures. *Acta Odontol Scand* 1984;42(2):119-27.
28. Celebic A, Knezovic-Zlaticaric D, Papic M, Carek V, Baucic I, Stipetic J. Factors related to patient satisfaction with complete denture therapy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(10):948-53.
29. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr* 2000;13(3):157-65.
30. Brunetti RF, Montenegro FLB. Prótese total na terceira idade. In: Cunha VPP, Marchini L (Orgs). *Prótese total: procedimentos clínicos e laboratoriais*. Curitiba:Mayo; 2002. p. 235-259.

31. Goulart G, Marçal LMT, Nunes MF, Freire MCM. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de pacientes das clínicas de prótese de faculdade de odontologia de Goiás. *Rev ibero-am prótese clin lab* 2004;6(29):45-53.
32. Freitas R, Vieira LF, Salvador MCG, Asckar EM, Conti JV. Desdentados totais desinformados ou sem recursos. *Rev. Assoc. Maringaense Odontol* 1977;1(1):24-6.
33. Smith JP, Hughes BDS. A survey of referred patients experiencing problems with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1998;60(5):583-6.
34. Anastassiadou V, Katsouli S, Heath MR, Pissiotis A, Kapari D. Validation of communication between elderly denture wearers and dentists: a questionnaire on satisfaction with complete dentures using semi-structured interviews. *Gerodontology* 2004;21(4):195-200.
35. Silverman SI. The psychologic considerations in denture prosthesis. *J Prosthet Dent* 1958;8(4):582-90.
36. McNaugher GA, Benington IC, Freeman R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodontology* 2001;18(1):51-7.
37. Oliveira RC, Frigerio MLMA. Association between nutrition and prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology* 2004;21(4):205-8.

Comentários Finais

Participar de uma investigação de cunho qualitativo foi uma experiência instigante. Ora me surpreendi frustrada pelo fato de que minhas inferências não poderiam ser estendidas ao campo de abrangência de meu objeto: pessoas desdentadas. Outras vezes me peguei agradecida pela oportunidade que desfrutei ao interagir com os pacientes, pelo que pude apreender de suas falas, seus desabafos, expectativas e insatisfações.

Como docente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Minas Gerais, vivenciei também, emoções contraditórias. Por um lado ratifiquei meu orgulho em ser professora do curso ao confirmar que as pessoas, usuárias de nosso serviço, o consideram, tecnicamente, o melhor possível e que o tratamento social que lhes é dispensado é reconhecido como muito acolhedor. Por outro, fiquei decepcionada ao descobrir que o serviço de atendimento ao público-alvo não leva em conta premissas básicas para o sucesso da atenção como ouvir, esclarecer, retirar dúvidas e orientar. Mas foi justamente esse sentimento que me levou a julgar que possa, com minhas reflexões, contribuir para a melhoria da atenção oferecida aos usuários.

A perda total dos dentes repercute negativamente na vida desse grupo de pessoas analisadas e foi possível verificar que a incorporação de próteses totais removíveis tem reflexos positivos na sua qualidade de vida. Os problemas decorrentes de uma mastigação deficiente e os danos psicológicos e sociais que a ausência de dentes ou próteses inadequadas podem causar são de difícil medida.

Dentro dos limites desse estudo, pode-se afirmar que o restabelecimento estético e funcional desse grupo de pessoas desdentadas por meio de próteses totais removíveis, às vezes, se restringiu à recuperação da estética. Essa, muito embora possa ter impactos positivos para o convívio social e a condição psicológica dos pacientes é ainda pouco para sanar os problemas mais ressaltados pela amostra estudada: dificuldade na mastigação e alimentação.

Nesse estudo, pode-se afirmar que a ausência de dentes ou a utilização de próteses inadequadas tiveram impacto negativo na qualidade de vida das pessoas em função da preocupação, stress, do incômodo ao se alimentar e da vergonha que podem provocar. Contudo, a despeito disso, a ausência de dentes pouco interferiu na capacidade de as pessoas realizarem suas atividades diárias e de se inter-relacionarem no meio em que vivem.

A perda total dos elementos dentais implicou conseqüências como dificuldades para uma adequada alimentação, bem como sentimentos de constrangimento e incompletude.

Os indivíduos que perderam todos os elementos dentais acreditam que essa situação é inevitável, principalmente por causa de sua própria condição financeira desfavorável que limita seu acesso ao atendimento odontológico.

A expectativa de recomposição da cavidade bucal pela incorporação de próteses totais removíveis gera grande ansiedade nos pacientes e embora eles tenham consciência de que a utilização das próteses pode representar sacrifícios e implicar muita abnegação, a possibilidade de retorno ao padrão social, geralmente aceito, e de recuperação da própria imagem rejuvenescida fazem valer a pena quaisquer sacrifícios.

Na amostra estudada, é possível afirmar que a satisfação dos usuários e melhor adaptação às próteses executadas poderiam ter sido melhores, se o serviço tivesse, aliada à preocupação com a qualidade técnica dos trabalhos, uma estratégia de comunicação e esclarecimento ao paciente com ênfase nas limitações inerentes ao uso de próteses totais e um programa de acompanhamento e manutenção dos pacientes após a incorporação das próteses. É preciso estarmos atentos para os casos em que as desvantagens superam os benefícios.

O investimento na boa comunicação entre os profissionais e seus pacientes é uma das alternativas para a melhoria da qualidade da atenção. Em longo prazo, outra alternativa será a adoção de próteses sobre implantes, especialmente as mandibulares o que permitirá maior estabilidade e retenção. No entanto, essa ainda é uma meta utópica para um sistema de

atenção que apenas sinaliza que haverá investimento para a oferta de próteses totais convencionais.

Essas informações são importantes para uma adequada capacitação dos profissionais responsáveis pela atenção aos pacientes que têm de viver com a perda total ou parcial, dos dentes e de conviver com ela. É mister que os aspectos psicológicos e as questões subjetivas que envolvem cada situação sejam considerados tão essenciais quanto o foco técnico.

Espera-se que as inferências que fizemos a partir das análises dos dados coletados possam ser de utilidade para a atenção à saúde bucal prestada aos pacientes da clínica de Prótese Total Removível da Faculdade de Odontologia da UFMG.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Essa atividade tem por objetivo basear um trabalho de pesquisa em desenvolvimento nesta Faculdade, coordenado pela Professora Maria Elisa de Souza e Silva, que envolve o levantamento das impressões pessoais dos pacientes desdentados sobre sua própria saúde bucal. Essa pesquisa vai possibilitar um maior conhecimento sobre sentimentos e anseios das pessoas que perderam todos os dentes.

A sua participação é muito importante para nós. No entanto, é inteiramente voluntária e você está livre para recusar. Garantimos, que seu nome não será utilizado em nenhuma publicação ou material relacionado ao estudo e os dados coletados serão utilizados somente para este fim.

Caso seja de seu interesse participar deste levantamento, favor assinar o termo de Consentimento abaixo.

Persistindo alguma dúvida a respeito dos seus direitos como participante desta pesquisa, você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG. Av. Antônio Carlos, 6627 - Reitoria - sala 7018 – Pampulha, telefone: 3499-4592 ou com a Profa. Maria Elisa de Souza e Silva – 3499-2453.

Eu, _____,

concordo em participar da pesquisa “RESTABELECIMENTO ESTÉTICO E FUNCIONAL EM PACIENTES DESDENTADOS: percepção e impacto social entre usuários da Faculdade de Odontologia da UFMG.”

Declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa, estando ciente que os resultados poderão ser divulgados através de artigos científicos. Declaro também, que me foi assegurado o direito de não identificação e de confidencialidade de minhas respostas e que tive a oportunidade de fazer perguntas relativas ao objetivo e a todos os procedimentos relacionados ao estudo, assim com, me foi garantido o direito de desistir em qualquer etapa.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2004

Entrevistado

Pesquisadora

VERSÃO DO OHIP-14 PARA LÍNGUA PORTUGUESA

Nos últimos seis meses:	
1- Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
2- Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
3- Você sentiu dores em sua boca ou nos dentes?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
4- Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
5- Você ficou preocupada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
6- Você se sentiu estressada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
7- Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
8- Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
9- Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
10- Você se sentiu envergonhada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
11- Você ficou irritada com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
12- Você teve dificuldades de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
13- Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre
14- Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	() Não sei () Nunca () Raramente () Às vezes () Com frequência () Sempre

Nome do Paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino Feminino

Situação Laborial:

Aposentado:

Não trabalha:

Em atividade:

Situação Civil:

Solteiro:

Casado:

Mora junto:

Viúvo:

Separado:

USA PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL (DENTADUARA) SIM NÃO

Há quanto tempo? _____ anos

Data: ____/____/____

DIMENSÕES DO OHIP-14 PARA LÍNGUA PORTUGUESA

Nos últimos seis meses:	
15- Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Limitação Funcional
16- Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
17- Você sentiu dores em sua boca ou nos dentes?	Dor
18- Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
19- Você ficou preocupada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Desconforto Psicológico
20- Você se sentiu estressada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
21- Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Inabilidade Física
22- Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
23- Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Inabilidade Psicológica
24- Você se sentiu envergonhada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
25- Você ficou irritada com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Inabilidade Social
26- Você teve dificuldades de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	
27- Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	Incapacidade
28- Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	

Roteiro da Primeira Entrevista

Antes da Incorporação do Par de Próteses – Temas abordados

Observação: À exceção da primeira pergunta, a sequência de apresentação dos temas foi aleatória, dependeu do desenvolvimento da conversa.

Que falta o senhor (a) acha que fazem seus dentes?

Há quanto tempo perdeu todos os dentes. Como foi, todos de uma vez ou pouco a pouco?

Causas que levaram à perda dos dentes.

O que sentiu por ter perdido os dentes. O que achou?

Os dentes estavam estragados ou ainda estavam bons?

Já usou dentaduras? Sim

Colocou logo que extraiu?

A adaptação com a(s) dentadura(s) foi fácil?

Você tira a dentadura perto das pessoas?

Expectativa que tem com a confecção da nova dentadura.

Já usou dentaduras? Não

Quais as dificuldades por não ter dentes?

Você acha que a falta dos dentes te atrapalha em relação à convivência com as outras pessoas?

Roteiro da Segunda Entrevista

Seis meses após a Incorporação do Par de Próteses – Temas abordados

Observação: À exceção da primeira pergunta, a sequência de apresentação dos temas foi aleatória, dependeu do desenvolvimento da conversa.

Há seis meses conversamos e eu lhe perguntei sobre a falta que o senhor(a) sentia dos dentes naturais. Agora, seis meses depois que o senhor(a) colocou o novo par de dentaduras, eu lhe pergunto: O que representou ter colocado essas dentaduras?

Ao ver sua fotografia de antes e depois da colocação da dentaduras, me descreva o que você vê e sente.

Ter colocado as dentaduras mudou alguma coisa na sua vida? O que mudou?

O senhor (a) sai sem as dentaduras?

Como é que foi a adaptação às novas dentaduras? Foi fácil ou foi difícil?

Quais as dificuldades que você encontrou?

Você voltou à Faculdade para resolver suas dificuldades?

Se a resposta foi não: Porque não voltou?

Fez alguma diferença em relação à mastigação/alimentação; à aparência; à fala; na convivência com as pessoas, em relação à família; ao trabalho? O que as pessoas disseram?

Está satisfeito?