

**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção**

**AS MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
EDÊNTULOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS –  
UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA**

**Dissertação de Mestrado**

**Mauro Pessoa Gebran**

**Florianópolis**

**2001**

**AS MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
EDÊNTULOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS –  
UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA**

**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção**

**AS MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
EDÊNTULOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS –  
UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA**

**Mauro Pessoa Gebran**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
como requisito parcial para obtenção  
do título de Mestre em  
Engenharia de Produção

**Florianópolis**

**2001**

**Mauro Pessoa Gebran**

**AS MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES  
EDÊNTULOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS –  
UMA CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a  
obtenção do título de **Mestre em Engenharia de Produção** no  
**Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** da  
Universidade Federal de Santa Catarina

**Florianópolis, 14 de Dezembro de 2001.**

  
**Prof. Ricardo Miranda Barcia, PhD.**  
Coordenador do Curso

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Glaycon Michels, Dr.  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Gilsée Ivan Regis Filho, Dr.

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Eugênio Andrés DÍaz-Merino, Dr.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Problema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>3</b>
1.2.1 Objetivo Geral.....	3
1.2.2 Objetivos Específicos .....	4
<b>1.3 Questões a Investigar</b> .....	<b>4</b>
<b>1.4 Relevância e Justificativa</b> .....	<b>5</b>
<b>1.5 Delimitação do Estudo</b> .....	<b>8</b>
<b>1.6 Limitações do Estudo</b> .....	<b>8</b>
<b>1.7 Estrutura e Descrição do Trabalho</b> .....	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>10</b>
<b>2.1 O cenário que envolve o edentulismo</b> .....	<b>10</b>
2.1.1 Cavidade bucal.....	10
2.1.2 Periodonto .....	13
2.1.2.1 Funções.....	14
2.1.3 Saliva.....	19
<b>2.2 Patologias</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 Gengivite .....	21
2.2.2 Placa Bacteriana.....	23
2.2.3 Periodontite .....	24
<b>2.3 A Questão do Envelhecimento Bucal</b> .....	<b>32</b>
2.3.1 Condições da cavidade bucal dos idosos.....	36

<b>2.4 A visão psicológica x edentulismo .....</b>	<b>40</b>
2.4.1 A boca.....	44
<b>2.5 Próteses Totais.....</b>	<b>48</b>
<b>2.6 Ergonomia.....</b>	<b>52</b>
2.6.1 Qualidade de vida.....	53
2.6.2 Teoria da motivação humana .....	56
2.6.3 Empregabilidade.....	61
<b>3 ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>64</b>
<b>3.1 Materiais e Métodos .....</b>	<b>64</b>
<b>3.2 Tipo de Pesquisa .....</b>	<b>64</b>
<b>3.3 População e Amostra .....</b>	<b>65</b>
<b>3.4 Instrumento de Coleta de Dados .....</b>	<b>67</b>
<b>3.5 Coleta de Dados .....</b>	<b>67</b>
<b>3.6 Tratamento dos Dados.....</b>	<b>68</b>
<b>3.7 Resultados e Discussão.....</b>	<b>68</b>
<b>3.8 Recomendações aos Pacientes Edêntulos .....</b>	<b>76</b>
<b>4 CONCLUSÕES .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>86</b>
<b>Instrumento de Pesquisa – Questionário .....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>88</b>
<b>Composição e formação dos dentes .....</b>	<b>88</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>91</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ligamento Periodontal e Cimento .....	14
Figura 2 – Comparação de um gengiva sadia com uma gengiva inflamada ....	22
Figura 3 – Fotos de Alterações na arcada dentária pela ação da periodontite em adultos .....	31
Quadro 1 – Parâmetros relacionados à qualidade de vida .....	55
Gráfico 1 – A amostra quanto à idade .....	69
Gráfico 2 – Motivos que levaram à prótese total .....	70
Gráfico 3 – Problemas enfrentados antes de colocar a prótese .....	71
Gráfico 4 – Quanto tempo usa prótese total .....	72
Gráfico 5 – A nível pessoal o que você sentiu após colocar a dentadura .....	73
Gráfico 6 – Sensações durante o período de adaptação com a prótese total ..	74
Gráfico 7 – Quanto tempo demorou para se acostumar com a prótese .....	75
Gráfico 8 – Qual a mudança mais importante em sua vida após a colocação da prótese.....	75

## RESUMO

GEBRAN, Mauro Pessoa. **As mudanças na qualidade de vida em pacientes edêntulos após a implantação de próteses totais – uma contribuição da ergonomia.** 2001, 100 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

A presente pesquisa aborda a questão da qualidade de vida das pessoas que implantaram a prótese dentária devido à ocorrência do edentulismo, possuindo como objetivo geral analisar e explorar o universo que envolve o edentulismo, abrangendo causas e conseqüências, relacionando-o com a qualidade de vida do indivíduo após colocação de prótese total. Visto esta questão envolver o contexto psicológico e social do indivíduo, incluindo as patologias relacionadas ao surgimento do edentulismo, bem como, os idosos. As evidências do edentulismo decorrem da falta de cultura quanto ao cuidado com os dentes, principalmente à falta de higiene, além de fatores normais como o avanço da idade. Para a pesquisa de campo utilizou-se um universo de amostra constituído de pacientes de uma clínica odontológica na região de Curitiba, bairro CIC, a qual atende indivíduos de classe econômica baixa e pouca cultura, buscando demonstrar a relação ao aumento de qualidade de vida destes após a implantação da prótese total. Como demonstra a pesquisa de campo e a bibliográfica, o edentulismo no Brasil é uma realidade dramática, devido à falta de cultura e educação no tratamento e na higiene dos dentes, portanto, a incidência de indivíduos que utilizam prótese total é elevada, promovendo distúrbios psicológicos como depressão, devido a falta de comunicação gerada pela insegurança, vergonha e complexo de inferioridade. Após a colocação da prótese total, tais indivíduos obtiveram um aumento significativo no aumento de sua auto-estima (fatores psicológicos) e na empregabilidade, elevando conseqüentemente, a qualidade de vida dos mesmos.

**Palavras-chave:** Edentulismo, prótese total, qualidade de vida.



## ABSTRACT

GEBRAN, Mauro Pessoa. **As mudanças na qualidade de vida em pacientes edêntulos após a implantação de próteses totais – uma contribuição da ergonomia.** 2001, 100 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.

To present research it approaches the subject of the quality of the people's life that you/they implanted the dental prosthesis due to the occurrence of the edentulism, possessing as general objective to analyze and to explore the universe that involves the edentulism, embracing causes and consequences, relating him/it with the quality of the individual's life after placement of total prosthesis. Sees this subject to involve the individual's psychological and social context, including the pathologies related to the appearance of the edentulism, as well as, the seniors. The evidences of the edentulism elapse of the culture lack with relationship to the care with the teeth, mainly to the hygiene lack, besides normal factors as the progress of the age. For the field research a constituted sample universe of patients of a dentistry clinic was used in the area of Curitiba, neighborhood CIC, which assists individuals of class low and little economical culture, looking for to demonstrate the relationship to the increase of life quality of these after the implantation of the total prosthesis. As it demonstrates the field research and the bibliographical, the edentulism in Brazil it is a dramatic reality, due to the culture lack and education in the treatment and in the hygiene of the teeth, therefore, the individuals' incidence that use total prosthesis it is high, promoting psychological disturbances as depression, due to communication lack generated by the insecurity, shame and inferiority complex. After the placement of the prosthesis total, such individuals they obtained a significant increase in the increase of your self-esteem (psychological factors) and in the empoyerment, elevating consequently, the quality of life of the same ones.

**Keywords:** Edentulism, edentulous, total prosthesis, life quality.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Problema

Todas as vezes que se relaciona dentição com a idade, a maioria da população associa imediatamente a velhice com a falta de dentes. Este fato se propagou de tal maneira que se torna difícil desmistificá-lo. Inicialmente, é importante frisar que o edentulismo, ou seja, a ausência de dentes, não tem relação alguma com a idade. Não é consequência do envelhecimento como alguns chegam a pensar. A perda de dentes relaciona-se com a precariedade da saúde bucal, traumatismos, doenças como a cárie e a doença periodontal dentre outros fatores. Portanto, indivíduos que estão livres destes fatores, conseqüentemente conservarão por mais tempo seus dentes naturais independente da sua faixa etária de vida.

Segundo STEELE et al (1996), o edentulismo varia entre as raças e entre os povos de diferentes países. Nova Zelândia, Reino Unido e até mesmo a Suécia, país considerado altamente desenvolvido onde as pessoas têm uma boa assistência de saúde por parte do governo, apresentam elevados índices de edentulismo entre os idosos.

Em pesquisa realizada pelos mesmos autores, com pacientes idosos em 1996 nos Estados Unidos revelou que a maioria dos entrevistados considerava perder os dentes é uma consequência natural do envelhecimento humano. Para os pesquisadores da área de saúde bucal, são afirmações deste tipo que desencorajam o próprio paciente a cuidar melhor da sua saúde bucal, pois ao

pensar que fatalmente irá perder seus dentes com o decorrer da idade, porque se preocupará em tratá-los?

As perdas dentárias acarretam sérios problemas. Afetam a mastigação e a digestão de alimentos (dificultando cortá-los, triturá-los e moê-los) acabando por sobrecarregar o estômago e o intestino podendo causar problemas mais sérios, tipo uma úlcera gástrica, como afirma MORIGUCHI (1992).

Afetam ainda, segundo GLICKMAN (1964), a fonação. Levando a uma dificuldade em pronunciar determinadas letras e sílabas das palavras. Por fim, comprometem a estética do indivíduo. Uma pessoa que não tem dentes tem comprometida a sua aparência pessoal e tal fato acaba por afetar a sua auto-estima. É bastante comum que os portadores de próteses totais tenham vergonha de serem vistos sem as mesmas e de mencionar que as usam.

Os dentes humanos sofrem ainda, com o passar da idade biológica, uma série de outras alterações fisiológicas e patológicas. Quanto ao seu alinhamento, podem sofrer desvios para frente ou para os lados, ou até mesmo inclinar, principalmente quando se perdeu o dente próximo ou o seu antagonista.

A razão da mistificação do fator idade relacionado ao evento do edentulismo deve-se ao fato de que com o avançar da idade e diante de algumas doenças sistêmicas que dificultam a coordenação motora, tais como artrite, artrose, derrame cerebral, os idosos possuem maior dificuldade em realizar corretamente a escovação dental diária, desta forma ocorre um acúmulo maior da quantidade de placa e cálculo dentário. Todas as medidas de higiene bucal, escovação, uso de fio dental, flúor, se aplicam aos idosos

também.

A partir do momento que o indivíduo encontra-se edêntulo ele possui apenas como opção o uso de próteses totais, as chamadas “dentaduras”, as quais promovem o retorno da estética facial. Ao contrário do que muitos pensam, não é só a presença de dentes que torna o indivíduo um paciente de interesse para a odontologia. Mesmo que não haja mais dentes, as visitas ao dentista devem continuar, visto que a manutenção da integridade dos tecidos moles é bastante importante, pois é nele que muitas patologias, inclusive as neoplasias, podem a vir se desenvolver. Verificar o estado de asseio e a conservação das próteses é muito importante bem como confeccioná-las somente com profissionais capacitados para tanto.

Em virtude do processo que acompanha o aparecimento edentulismo ser na maioria das vezes, acompanhado por patologias de caráter infeccioso que ocasionam a perda do dente, o indivíduo submete-se às privações de necessidades básicas como o comer e o falar, e, à dor.

Com a sujeição ao desprazer, será que o indivíduo tenderá a um processo gradativo de depressão gerado pela baixa da qualidade de vida, a qual será eliminada quando na implantação de próteses totais?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar e explorar o universo que envolve o paciente edêntulo, incluindo

suas causas e conseqüências, relacionando-o com a qualidade de vida do indivíduo após colocação de prótese total.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Especificamente o presente estudo visa:

- Revisar baseado na literatura, as patologias que ocasionam o edentulismo, visando expor suas causas e conseqüências;
- Analisar o cenário psico-social que envolve o edentulismo e sua relação à qualidade de vida;
- Analisar a existência ou não de diminuição da qualidade de vida do indivíduo edêntulo;
- Verificar a ocorrência de mudança na qualidade de vida após implantação de próteses totais.

### 1.3 Questões a Investigar

As questões a serem investigadas no presente estudo enfocam as causas e conseqüências do edentulismo, a nível psicológico e orgânico, buscando analisar a relação destas sob as condições de qualidade de vida, quanto ao decréscimo ou aumento desse nível.

## 1.4 Relevância e Justificativa

A relevância da presente pesquisa exerce caráter pessoal e profissional do próprio autor, o qual exerce a profissão de dentista-cirurgião, especializado na área da periodontia. Desta forma, o cenário que envolve o paciente edêntulo, englobando as características orgânicas e psicológicas, são de fundamental importância para a atualização profissional do autor.

A nível psicológico, WOLF (1998) explicita que os fenômenos psicopatológicos são originalmente aprendidos e agravados pela inscrição de crenças irracionais dos outros significativos durante a infância, e, pela inserção de falsas crenças na fase adulta, por meio de processos de auto-sugestão e auto-repetição. Assim, deve-se em grande parte à nossa própria repetição de pensamentos irracionais, objeto de reendoutrinação precoce, mais do que à repetição por parte dos pais, o fato de se manterem vivas e atuantes, dentro de nós, atitudes disfuncionais.

Ainda segundo o autor, as emoções são portanto, produtos do pensamento humano. Quando pensamos que alguma coisa é ruim, sentimo-nos mal em relação a esta coisa. Nesse sentido, a questão da auto-imagem é fundamental para a saúde mental do indivíduo, quando na ocorrência de desvios provocados por distúrbios orgânicos, geradores de complexos, o indivíduo move-se em direção à degeneração psicológica, tornando-o apático ou ainda, em casos mais graves, da depressão à psicose e/ou transtornos fóbicos, como o do pânico, revelando-se através da revolta com sua auto-imagem e pela sociedade que o “condena”. Assim, portanto, funciona a mente, conteúdos emotivos negativos com força suficiente para deflagrar a auto-

destruição.

Com a chegada do envelhecimento segundo MORIGUCHI (1992), esse processo tende a se tornar mais forte e obsessivo, influenciado pela fragilidade orgânica e pela sugestiva “exclusão” pela sociedade e em determinados casos, pela própria família. Fatores como a perda dos dentes, declina ainda mais o humor do indivíduo, afinal, são dezenas de pensamentos negativos rondando a mente, tais como: “a chegada da morte”, “não sirvo mais para nada”, “estou velho e acabado”, dentre outros. Contrariando a lei instintiva inata do ser humano de querer “ser aceito e amado”, ou seja, é de fundamental importância a idéia de que o ser adulto necessita ser amado ou aprovado virtualmente por toda outra pessoa significativa de sua comunidade, além de igualmente, ser totalmente competente, adequado e bem-sucedido quanto a todos os aspectos possíveis, caso esse indivíduo queira considerar-se alguém de valor.

A qualidade de vida se relaciona, conforme afirma NAHAS (2001), diretamente com a interação do ser humano de forma integral, abrangendo a relação prazer e desprazer fomentando o processo de aumento e decréscimo desse nível de qualidade de vida. Desta forma, a inexistência ou precariedade da função mastigatória aliada às sensações de dor e mal-estar, afetará o equilíbrio orgânico e emocional do indivíduo.

Questão esta fundamental da presente pesquisa quando relacionada ao edentulismo o qual é deflagrado com o descuido durante o envelhecimento, mas principalmente ocorrido quando o indivíduo não possui uma higiene bucal regular e correta, promovendo a instalação de bactérias na cavidade bucal, as quais quando não tratadas provocam a perda dos dentes.

Afinal, a cavidade bucal é mais do que meramente um orifício no qual pode ser ingerido alimentos. É uma complexa porta para os tratos digestivo e respiratório, com uma flora bacteriana própria de grande potencial defensivo, a qual desempenha importantes funções, referentes à mastigação dos alimentos. A ingestão e a digestão dos alimentos se iniciam pela mastigação, feita pelos dentes, com o auxílio da língua e ajudada pela ação química da saliva, e, para a fonação concorrem a língua, os dentes e os lábios, além das cavidades nasais, paranasais e orofaríngea.

Portanto, ela está sujeita a instalação de diversas alterações e doenças, uma vez que se encontra povoada por flora bacteriana muito ativa, está exposta a muitos agentes agressivos, como o álcool e o tabaco, e, pode sofrer traumas repetidos.

As patologias relacionadas ao edentulismo encontram-se em sua maioria, segundo LASCALA (1980), exatamente no processo de inflamação e infecção do periodonto, ocasionando em elevado grau a perda dos dentes. Portanto, o indivíduo que não possui a higiene mínima bucal encontra-se muito mais sujeito à uma infecção, e conseqüentemente, sem o tratamento adequado promover-se-á a queda dos dentes.

Como o Brasil é um país carente de cultura e conscientização sobre a saúde bucal, o processo de edentulismo é muito mais comum, caracterizando o país como “o país dos desdentados”, segundo a OMS, apud PINTO (1996).



## **1.5 Delimitação do Estudo**

O estudo será delimitado à região metropolitana de Curitiba, bairro CIC, num consultório odontológico localizado na área a mais de 10 anos, no qual será pesquisado o período de 5 anos, os pacientes que implantaram prótese total, identificando as causas do edentulismo destes indivíduos, e a existência de problemas na fase de adaptação da prótese.

## **1.6 Limitações do Estudo**

As limitações do estudo fundamentam-se nos seguintes fatores:

- Região: imediações da CIC - Cidade Industrial de Curitiba.
- Consultório pesquisado: apenas um consultório localizado no bairro CIC, de propriedade do autor da pesquisa com 10 anos de funcionamento, especializado nas áreas da endodonta, ortodonta, periodonta e cirúrgica.
- Grau sócio-econômico da amostra: indivíduos caracterizados pelo baixo nível econômico e cultural, dificultando o feedback do processo de adaptação às próteses totais.
- Condições orgânicas do aparelho bucal da amostra: indivíduos com edentulismo, os quais utilizam atualmente próteses totais.
- Tempo de entrevista: 20 minutos para cada indivíduo.
- Entendimento das perguntas: as quais foram efetuadas pelo autor e explicadas individualmente a cada indivíduo da amostra.

## **1.7 Estrutura e Descrição do Trabalho**

A estrutura da presente pesquisa fundamenta-se na pesquisa bibliográfica e pesquisa exploratória, sendo subdividido o trabalho em 5 capítulos principais.

O primeiro capítulo introduz o leitor na problemática e objetivos da pesquisa.

O segundo capítulo aborda o cenário que envolve o edentulismo, ou seja, a cavidade oral e suas estruturas, enfocando a formação dos dentes, patologias e os diversos fatores que geram o edentulismo, abordando ainda a questão psicológica desse processo e sua influência para com a qualidade de vida e empregabilidade do indivíduo.

O terceiro capítulo demonstra a metodologia utilizada na pesquisa de campo e a coleta de dados.

O quarto capítulo demonstra os resultados obtidos durante a coleta de dados via questionário.

O quinto capítulo expõe as conclusões e recomendações da pesquisa.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O cenário que envolve o edentulismo**

Neste capítulo será exposto o universo do edêntulo, ou seja, o indivíduo que possui a perda total dos dentes; iniciando com a análise da anatomia bucal, enfocando conceitos referentes às estruturas componentes dos dentes. No que concerne aos tecidos de sustentação, será dado mais ênfase ao periodonto, devido ao seu conjunto de tecidos envolverem e suportarem os dentes, sendo esta área de fundamental importância para o estudo das patologias que ocasionam a perda dos dentes, e em sua fase mais grave o edentulismo. Será também analisada a questão do idoso, envolvendo suas características e o processo que deflagra o edentulismo. Conseqüentemente, neste capítulo será abordada também, a utilização da prótese total, método este que procura sanar os problemas ocasionados pelo edentulismo.

#### **2.1.1 Cavidade bucal**

A cavidade bucal é constituída pelo vestibulo bucal e pela cavidade bucal propriamente dita, com mucosa constituída por epitélio escamoso estratificado, queratinizado apenas a nível de palato, dorso lingual e gengivas (TURANO, 1989).

Segundo o autor, a cavidade bucal é mais do que meramente um orifício

no qual pode ser ingerido alimentos. É uma estrutura de forma oval que compreende uma porção externa menor (o vestíbulo) e uma porção interna maior (a cavidade bucal propriamente dita). É limitada anteriormente pelos lábios, lateralmente pelas bochechas, embaixo pelo assoalho muscular, posteriormente pelo istmo e superiormente pelo palato. Comunica-se com o exterior através da abertura dos lábios e com a faringe por meio do istmo da garganta.

A cavidade bucal possui um conjunto de estruturas banhadas pela saliva, tem uma flora bacteriana própria de grande potencial defensivo e desempenha importantes funções, referentes à mastigação dos alimentos.

Segundo HUNGRIA (1997), a ingestão e a digestão dos alimentos se iniciam pela mastigação, feita pelos dentes, com o auxílio da língua e ajudada pela ação química da saliva. Para a fonação concorrem a língua, os dentes e os lábios, além das cavidades ressonadoras (nasais, paranasais e orofaríngea).

O autor ainda explicita que, o vestíbulo é um espaço situado entre os lábios e as bochechas externamente, e os dentes e as gengivas internamente. O assoalho e o teto do vestíbulo são formados por reflexões da membrana mucosa dos lábios e bochechas para as gengivas. O vestíbulo apresenta pequenas aberturas para as glândulas labiais. O ducto parotídico se abre no vestíbulo, na altura do segundo molar superior. Quando os dentes estão em contato, o vestíbulo se comunica com a cavidade bucal propriamente dita somente por um espaço variável entre os últimos molares e o ramo da mandíbula.

Os lábios são duas pregas móveis, musculofibrosas, que limitam a abertura da boca. Elas se encontram lateralmente no ângulo da boca. A face interna de cada lábio conecta-se à gengiva correspondente por uma prega mediana da membrana mucosa, o *frênulo do lábio*. Os lábios estão cobertos com pele e contêm os músculos orbiculares da boca e as glândulas labiais; encontram-se revestidos pela membrana mucosa. (HUNGRIA, 1997)

As bochechas contêm as glândulas da bochecha e bucais. O palato constitui o teto da boca e o assoalho da cavidade nasal. Ele consiste de duas partes (TURANO, 1989, p. 45):

- (1) os dois terços anteriores, ou palato duro e;
- (2) o terço posterior, ou palato mole.

Segundo o autor, o palato duro é uma estrutura óssea constituída pelos processos palatinos das maxilas, anteriormente, e pelas lâminas horizontais do palatino, posteriormente. O mucoperiósteo que reveste o palato duro contém vasos sangüíneos e nervos e, posteriormente, um grande número de *glândulas palatinas* do tipo mucoso.

O palato mole, ou véu palatino, é uma prega fibro muscular móvel, suspensa da borda posterior do palato duro. Ele forma uma divisão parcial entre a nasofaringe, acima, e a orofaringe, abaixo. Tem função no fechamento do istmo faríngeo durante a deglutição e a fala. O palato mole continua-se lateralmente com duas pregas, denominadas arcos palatoglosso e palatofaríngeo. (HUNGRIA, 1997)

A língua é um órgão muscular no assoalho da boca. Encontra-se presa por músculos ao osso hióide, à mandíbula, ao processo estilóide e à faringe. Pode-

se dividir a língua em corpo ou superfície dorsal, base, ponta, bordas laterais e superfície ventral (HUNGRIA, 1997).

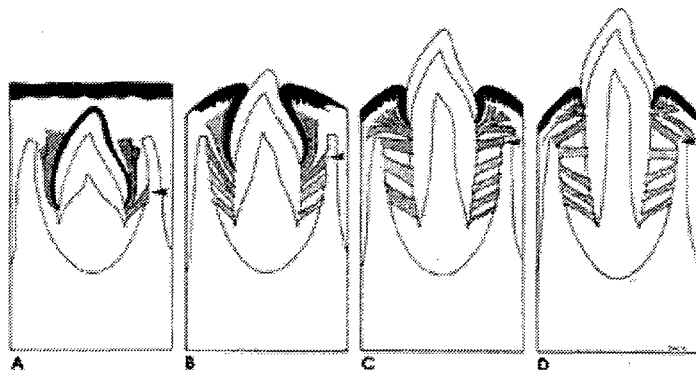
Na superfície dorsal da língua situam-se as papilas circunvaladas, filiformes, fungiformes e foliadas. Nestas papilas se localizam os botões gustativos, cuja função é de analisar os constituintes químicos dos alimentos. A língua é formada por músculos extrínsecos que originam do esqueleto, chamados de estiloglosso, genioglosso e hioglosso, e por músculos intrínsecos de fibras verticais, transversais e longitudinais. Estes dois grupos de músculos são responsáveis pelas modificações da forma, mobilidade e versatilidade da língua (HUNGRIA, 1997).

### 2.1.2 Periodonto

Segundo o autor, o periodonto pode ser dividido funcionalmente em periodonto de proteção e periodonto de fixação. O periodonto de proteção compreende a gengiva, enquanto o de fixação compreende o cemento, o osso alveolar e o ligamento periodontal.

O ligamento periodontal é o tecido conjuntivo frouxo que circunda as raízes dos dentes e une o cemento radicular ao osso alveolar.

O tecido conjuntivo é o componente tecidual predominante da gengiva e do ligamento periodontal. Os principais componentes do tecido conjuntivo são as fibras colágenas (cerca de 60% do volume do tecido conjuntivo), fibroblastos (cerca de 5%), vasos, nervos e matriz (cerca de 35%) (HUNGRIA, 1997; TURANO, 1989).



FONTE: NETTER (1998, p. 37)

FIGURA 1 – LIGAMENTO PERIODONTAL E CEMENTO

A figura 1 demonstra que o ligamento periodontal e o cimento radicular desenvolvem-se do tecido conjuntivo (folículo que envolve o germe dentário). O desenho esquemático retrata as várias fases da organização do ligamento periodontal que se forma concomitantemente com o desenvolvimento da raiz e a erupção do dente. (NETTER, 1998)

### 2.1.2.1 Funções

O ligamento periodontal tem as funções de física, formadora, sensorial, nutritiva e homeostática, as quais serão explicitadas abaixo segundo NETTER (1998, p. 40-42).

#### a) FUNÇÃO FÍSICA

O ligamento periodontal abrange as seguintes funções físicas: sustentação, transmissão das forças oclusais do osso, inserção dos dentes no osso, manutenção dos tecidos gengivais em suas relações adequadas com os dentes, resistência ao impacto da forças oclusais (absorção do choque) e

provisão de um "envoltório" de tecido mole para proteger os vasos e nervos das lesões produzidas pelas forças mecânicas.

#### **- Sustentação**

Quando um dente se movimenta em seu alvéolo. Como resultado de forças que atuam sobre ele durante a mastigação, ou através de uma força ortodôntica, parte do espaço periodontal será estreitado e o ligamento ali contido será comprimido. Outras regiões do espaço periodontal serão distendidas e alargadas. Suas fibras colágenas atuam como um amortecedor para o dente deslocado. O papel das fibras colágenas parece estar fundamentalmente restrito a ligar o cemento aderido à dentina radicular ao osso alveolar e funcionar como amortecedor. As fibras colágenas podem ser distendidas quando um dente é girado excessivamente.

#### **- Resistência ao Impacto das Forças Oclusais (Absorção de Choque)**

Segundo PROFFIT (1991, p. 72), a resistência às forças oclusais, reside fundamentalmente , em quatro sistemas do ligamento periodontal, mais do que as fibras principais. As fibras desempenham um papel secundário de contenção do dente contra movimentos laterais e impedem a deformação do ligamento periodontal quando este se acha submetido a forças de compressão. Os quatro sistemas que basicamente resistem às forças oclusais são:

- **Sistema vascular**, que atua como amortecedor de choque e absorve as tensões das forças oclusais bruscas;
- **Sistema hidrodinâmico**, que consiste do fluido tecidual e do líquido



que passa através das paredes de vasos menores e se filtra nas áreas circundantes através dos forames alveolares, para resistir às forças axiais;

- **Sistema de nivelação**, que provavelmente tem uma estreita relação com o sistema hidrodinâmico e controla o nível do dente no alvéolo; e,
- **Sistema resiliente**, que traz o dente a sua posição original quando as forças oclusais são removidas. Esses sistemas são fenômenos dos vasos sanguíneos e da substância fundamental, bem como do complexo colágeno do ligamento periodontal.

#### **- Transmissão das Forças Oclusais para o Osso**

Segundo NETTER (1998), a disposição das fibras principais é semelhante à suspensão de uma ponte e de uma rede. Quando uma força axial é aplicada sobre onde há uma tendência ao deslocamento da raiz dentro do alvéolo, as fibras oblíquas alteram sua forma ondulada, assumem uma extensão máxima e sustentam a maior parte da força axial.

Guardando relação com a migração mesial fisiológica o ligamento periodontal é mais delgado na superfície mesial da raiz que na superfície distal.

#### **B) FORMADORA**

Segundo NETTER (1998), o ligamento periodontal funciona como perióstio para o cemento e o osso. As células do ligamento periodontal participam na formação e na reabsorção destes tecidos, formação e absorção que ocorrem durante os movimentos fisiológicos do dente. Participam também

na adaptação do periodonto as forças oclusais e na reparação de lesões. Variações na atividade enzimática celular são correlacionadas com o processo de remodelagem. Em áreas de formação óssea, os osteoblastos, fibroblastos e cementoblastos apresentam-se intensamente corados, sugerindo a presença de fosfatase alcalina não específica, glicose 6 fosfatase e tiamina pirofosfatase. Em áreas de reabsorção ossea, os osteoclastos, fibroblastos, osteócitos e cementócitos coram-se pela fosfatase ácida inespecífica.

Como todas as estruturas do periodonto, o ligamento periodontal se remodela constantemente.

### **C) SENSORIAL**

Segundo NETTER (1998), através do mecanismo proprioceptivo possibilita ao organismo detectar as aplicações mais delicadas de forças nos dentes, bem como seus deslocamentos mínimos. Ao morder-se um alimento macio com um objeto duro e pequeno em seu interior, como uma pedrinha, reconhece-se a importância deste mecanismo na proteção das estruturas de suporte do dente contra movimentos mastigatórios excessivamente vigorosos.

### **D) NUTRITIVA**

Segundo NETTER (1998), o ligamento possui vasos sanguíneos, os quais fornecem nutrientes e outras substâncias requeridas pelos tecidos do ligamento, pelos cementócitos e pelos osteócitos mais superficiais do osso alveolar. Os vasos sanguíneos são também responsáveis pela remoção de catabólitos. A oclusão dos vasos sanguíneos leva a necrose de células da

região afetada do ligamento. Isto ocorre quando uma força muito intensa é aplicada a um dente, durante a terapia ortodôntica.

## **E) HOMEOSTÁTICA**

Segundo NETTER (1998), é evidente que as células do ligamento periodôntico têm a capacidade de reabsorver e sintetizar a substância intercelular do tecido conjuntivo do ligamento, osso alveolar e cemento. Esses processos não são ativados esporádica ou acidentalmente, mais funcionam continuamente, com intensidade variável, ao longo da vida do dente. São desconhecidos os mecanismos por meio dos quais as células responsáveis por esses processos de síntese e reabsorção são controlados. Quando esses mecanismos homeostáticos são descontrolados, ocorre um desarranjo do periodonto.

Segundo o autor, outro aspecto da homeostasia está relacionado com a função. Um ligamento que suporta um dente totalmente funcional exibe todas as características estruturais descritas anteriormente.. Entretanto com a perda da função, ocorre uma diminuição da síntese das substâncias requeridas para repor moléculas estruturais reabsorvidas durante a renovação normal, e a espessura do ligamento periodontal é diminuída. O processo é reversível se o dente retomar sua função, porém é desconhecida a exata natureza do estímulo que controla a atividade alterada das células.

### 2.1.3 Saliva

Fluidos do corpo como o sangue, a urina, inclusive o suor e as lágrimas, são amplamente usados como indicadores de saúde e enfermidade. Somente um fluido é virtualmente esquecido e ignorado por odontólogos e médicos, a saliva.

A saliva tem múltiplas funções relacionadas com a integridade da mucosa e participa na limpeza da cavidade oral e na remoção de restos alimentares e bactérias. Atua como tampão, proporciona os íons necessários para remineralizar os dentes e possui propriedades antibacterianas, antifúngicas e antivirais. Adicionalmente, os componentes da saliva facilitam as funções motoras da mastigação, da deglutição e da fala, assim como funções sensoriais e quimiosensoriais na cavidade oral. Por isso, a saliva tem um papel muito importante na manutenção da **homeostase oral**. (OLEINISKI, 1999)

Segundo LEHNER (1996), as glândulas salivares podem ser divididas, em maiores e menores. As primeiras, em número de seis, são: duas glândulas parótidas, duas glândulas submandibulares e duas glândulas sublinguais. As glândulas salivares menores, em torno de 700, estão distribuídas no vermelhão dos lábios, na mucosa jugal, gengiva, língua, palato e mais raramente, na rinofaringe, hipofaringe e laringe.

Ainda segundo o autor, possuem uma variedade de funções: lubrificar o bolo alimentar durante a deglutição; auxiliar na digestão com excreção de enzimas (amilase); produção de componentes metabolicamente ativos (similares aos hormônios); excreção de anticorpos (IgA); proteção da mucosa e dos dentes; mediadora da sensação gustativa; tampão de ajuste do pH, que se

mantém entre 5,75 e 7,05) e, em alguns animais, até como mecanismo de defesa.

A produção normal diária de saliva varia de 500 a 600ml, podendo chegar até a 1.500ml através de estímulos. O ritmo de excreção é de um mililitro por minuto. As glândulas submandibulares respondem com 71% desse total, as parótidas com 25% as sublinguais entre 3 e 4% e as glândulas menores com o restante. (CREAMER, 1998)

Segundo o autor, a composição da saliva é de aproximadamente 99,5% de água, componentes inorgânicos, como potássio, sódio, cloro, cálcio, magnésio, e fosfato, e componentes orgânicos, como uréia, amônia, ácido úrico, glicose, colesterol, aminoácido e proteínas.

A saliva também desempenha importante papel no paladar, agindo como um solvente para os alimentos. A lubrificação da cavidade oral também é fundamental, pois facilita os movimentos da língua, mucosa e lábios e formação do bolo alimentar durante a mastigação, facilitando a deglutição. A presença de enzimas digestivas na saliva, como amilase e lipase, iniciam o processo de digestão dos nutrientes (LEHNER, 1996).

O autor explica que a ação muscular da língua, bochechas e lábios é muito ajudada pela saliva que além de lubrificar os movimentos durante a fala, mastigação e deglutição, torna também possível a deglutição de bactérias, leucócitos, tecidos e restos alimentares que caminham para o estômago, onde as bactérias e substâncias nocivas são inativadas. Portanto, a saliva tem função não apenas de preservar a dentição e superfícies mucosas, como também facilitar a digestão, fonação, mastigação, deglutição e gustação.

A manutenção da neutralidade ocorre devido a uma contínua fonte de substâncias de proteção (bicarbonato, fosfato, histatina) que neutralizam os ácidos presentes na boca (oriundos de alimentos ou produtos bacterianos). O produto bacteriano ácido, seguido de consumo de carboidratos, que inicia o processo cariioso da estrutura dental.

FOX (1998) explica que a saliva é importante no processo de remineralização do dente, por conter íons cálcio e fosfato em sua composição. Agentes antimicrobianos presentes na saliva atuam mantendo a microbiota oral normal. A IgA, que é um anticorpo presente na saliva, pode “cobrir” a bactéria, impedindo que ela fique aderida ao dente e à mucosa. Um grupo de proteínas salivares (lisozima, lactoferrina, peroxidase e histatina) podem atuar em conjunto impedindo a multiplicação e até destruindo estas bactérias.

## **2.2 Patologias**

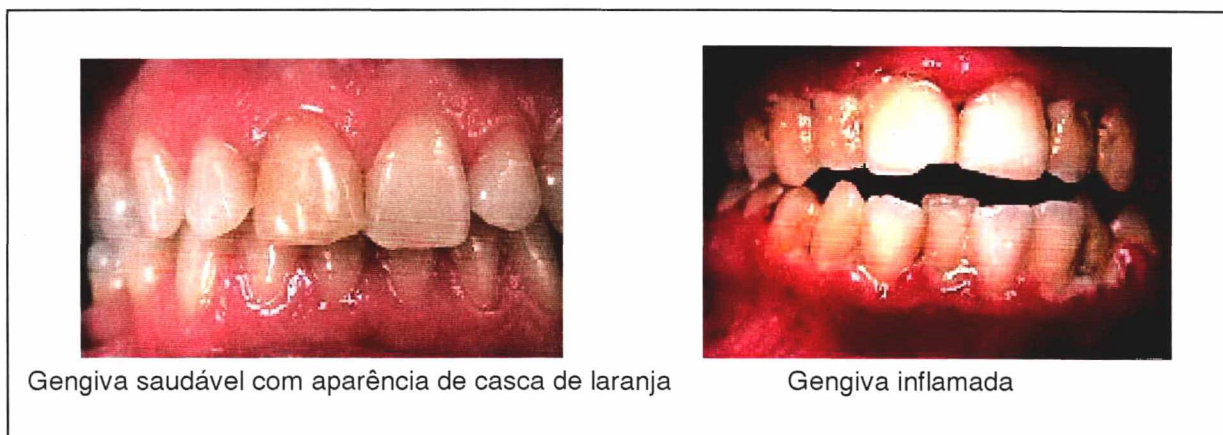
Aqui serão expostos as principais patologias relacionadas à queda dos dentes, as quais podem ocasionar em casos graves o edentulismo.

### **2.2.1 Gengivite**

O quadro clínico é caracterizado pela vermelhidão intensa e hipertrofia tecidual, assim como a constatação de sangramento espontâneo das gengivas, ou geralmente provocado pela sondagem ou escovação dentária. (TOLEDO,

1996)

Segundo CABRAL (1998), é uma alteração restrita ao periodonto de proteção, envolvendo, primeiramente, a papila interdental. A inflamação pode progredir, afetando, em sequência, a gengiva marginal e, depois, a gengiva inserida, que perde o pontilhado característico, semelhante à casca de laranja, tornando-se lisa e mais avermelhada, aumentando de volume. As reações inflamatórias podem se tornar mais exacerbadas, à medida em que avança a idade das crianças. Este quadro está geralmente associado à ausência de hábitos adequados de higiene dentária, favorecendo o acúmulo de placa, quando persistem os fatores irritantes locais. (Figura 2)



FONTE: Caso próprio

FIGURA 2 – COMPARAÇÃO DE UM GENGIVA SADIA COM UMA GENGIVA INFLAMADA

Várias situações contribuem para o aumento da concentração de placa localizada, entre eles podendo ser mencionados: posicionamento anormal dos dentes nos arcos; restaurações dentárias deficientes, principalmente nos terços cervicais; aparelhos ortodônticos fixos; cálculos supra-gengivais; hábitos;

podendo também serem referidas lesões traumáticas e determinadas condições pulpares. (CABRAL, 1998)

Na maioria das vezes, estes fatores são os responsáveis pela instalação da gengivite marginal, de forma crônica, mas a doença pode ocorrer sob as formas aguda e subaguda. A gravidade vai depender da intensidade, duração e freqüência dos irritantes locais e da resistência dos tecidos bucais.

### 2.2.2 Placa Bacteriana

A Placa Bacteriana, segundo GENCKO (1996), é uma película transparente que se forma sobre a superfície dos dentes e ao redor da linha das gengivas. Ela é composta por uma colônia de bactérias que decompõem o açúcar e os restos alimentares acumulados, produzindo ácidos que atacam os dentes e a gengiva. Segundo o autor, a Placa Bacteriana é a principal causa de cáries, gengivite e periodontite.

A placa bacteriana, com o tempo, poderá se mineralizar, formando o tártaro ou cálculo gengival. Juntos, a placa e o tártaro deslocam as gengivas através da destruição das fibras prendem o dente à gengiva. Se não for tratado, a estrutura óssea que sustenta o dente poderá se comprometer e, a longo prazo, poderá ocorrer a perda do elemento dental. Esse abalo da estrutura óssea é denominado de Periodontite, visto anteriormente. (PINTO, 1994)



### 2.2.3 Periodontite

Periodontite é a inflamação que envolve todo o periodonto de proteção e de sustentação. Durante muito tempo pensou-se que a periodontite fosse uma doença característica do adulto e que não acometia crianças. Atualmente, admite-se que a periodontite pode se instalar e se desenvolver em crianças.(CABRAL, 1998)

A periodontite sempre ocorre em consequência de uma gengivite não tratada, em que o processo inflamatório se estende, causando a destruição progressiva do periodonto de sustentação. No entanto, nem todo quadro de gengivite, mesmo sem tratamento, evolui para uma periodontite. (TOLEDO, 1996)

Isto pode ser explicado pela teoria da placa específica, proposta por LOESCHE (1993), que sugere a participação de apenas alguns tipos de microrganismos, como fatores etiológicos das doenças periodontais, caracterizando, assim, as várias formas de gengivite e periodontite:

#### a) Periodontite Pré-pubertal

Segundo CABRAL (1998), LOESCHE (1993), a periodontite pré-pubertal é aquela que se inicia logo após a erupção dos dentes decíduos e caracteriza-se por uma inflamação aguda e proliferação gengival com rápida destruição do osso alveolar, sendo reconhecidos dois tipos: localizada e generalizada.

Localizada: Afeta apenas os tecidos periodontais de um ou mais molares decíduos, mostrando o tecido gengival pouco inflamado. A presença de bolsas periodontais profundas e a perda óssea existente é localizada. Esse tipo de

periodontite é menos visível que a generalizada e não apresenta um padrão único de perda óssea.

Generalizada: Acomete toda a dentição decídua. É de progressão rápida, ocorre uma intensa e severa inflamação da gengiva marginal com proliferação tecidual, migração e mobilidade dentária, perda precoce dos dentes, formação de fissuras com rápida e extensa destruição óssea, podendo persistir na dentição permanente. Nos casos de periodontite pré-pubertal generalizada, freqüentemente encontram-se histórias de otite média recorrente, infecção do trato respiratório superior e/ou outras infecções graves recidivantes e presença de halitose.

Segundo CABRAL (1998) o fator etiológico mais determinante é, principalmente, a presença de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e, ainda, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Capnocytophaga species*, *fusobacterium nucleatum* e *Eikenella corrodens*. Outros fatores etiológicos devem ser considerados, como: fator racial, susceptibilidade genética e deficiência da resposta do hospedeiro. Foi também descrita a relação deste tipo de periodontite com cementopatia.

#### b) Periodontite Juvenil

É considerada uma entidade clínica específica, rara em crianças. Caracteriza-se pela perda precoce de osso alveolar, rapidamente progressiva, com predileção pela dentição permanente. (CABRAL, 1998) Sua etiologia parece estar ligada à resposta imunológica mais intensa, presença de *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e, ainda, ao fator hereditário.

No tipo de periodontite localizada, caracteriza-se pela rápida perda óssea vertical, podendo afetar, preferencialmente, os incisivos e primeiros molares permanentes de adolescentes (entre 10 e 19 anos), aparentemente saudáveis. Ao exame clínico, pode-se observar sangramento à sondagem e presença de placa bacteriana na superfície radicular no local onde a bolsa periodontal está sendo formada. Com a evolução da doença, os sinais clínicos (mobilidade, edema, sangramento, envolvimento de furcas e exsudato) podem se tornar mais evidentes. Normalmente, os casos generalizados estão associados à alguma síndrome, doenças sistêmicas e às doenças de envolvimento somático. Apresentam inflamação, um padrão de destruição óssea difuso, afetando a maioria dos dentes e acúmulo de placa e cálculo.

Como observadas em adultos, as alterações periodontais associadas com doenças sistêmicas podem ocorrer em crianças e adolescentes. Foi sugerido que prováveis defeitos nos neutrófilos e na função celular imune, têm um importante papel no aumento da susceptibilidade as periodontites e outras infecções. Para ARMITAGE et al (1996), tais doenças incluem:

a) Síndrome de Papillon-Lefèvre (SPL)

Esta condição é caracterizada pela periodontite generalizada progressiva e hiperqueratose palmo-plantar difusa. É uma expressão homozigótica de uma condição autossômica recessiva, transmitida com uma frequência estimada de 1 a 4 pessoas por milhão. Aparentemente, não há preferência quanto ao sexo. Em um terço dos casos, tem sido mostrada uma consangüinidade dos pais. Vários fatores etiológicos têm sido considerados para o componente periodontal da SPL. Foram sugeridos alguns defeitos estruturais, tais como,

epitélio gengival alterado, desequilíbrio funcional na atividade colagenolítica no ligamento periodontal, defeitos no cimento e a queratina anormal. Além destes, as defesas comprometidas do hospedeiro, observadas em pacientes com a síndrome, podem se manifestar nas funções quimiotática e fagocitária dos neutrófilos, baixa expressão das integrinas, produção de superóxidos aumentada, deficiência de mieloperoxidase e quimiotaxia reduzida dos monócitos. A disfunção nos leucócitos polimorfonucleares pode ser devida às bactérias ou aos produtos bacterianos presentes nas bolsas periodontais. A placa subgengival, encontrada nas bolsas periodontais de pacientes com SPL, tem mostrado predominância de bactérias anaeróbicas Gram (-), representadas pela *Porphyromonas gingivalis*, espiroquetas e *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa). Embora haja um componente hereditário e disfunções leucocitárias, a infecção pelo Aa é fundamental para que a doença periodontal se desenvolva. Provavelmente, esta disfunção leucocitária pode ser induzida, secundária às leucotoxinas produzidas. Isto é observado quando, na ausência de dentes, a mucosa alveolar apresenta-se normal. (CABRAL, 1998)

Para o mesmo autor, nas descrições clássicas da SPL, os sinais dermatológicos aparecem antes dos dois anos de idade e continuam durante a vida. A periodontite afeta a dentição decídua logo que os dentes erupcionam, causando destruição do periodonto e esfoliação dentária precoce, que é seguida pela rápida destruição do suporte periodontal dos dentes permanentes. Este quadro culmina com um edentulismo, por volta dos 15 anos. Outros distúrbios também têm sido relatados, destacando-se: hiperidrose, calcificações ectópicas intracranianas, acro-osteólise, susceptibilidade a

infecções e retardo mental.

#### b) Neutropenias

Segundo HASTÜRK et al (1998), neutropenia é uma diminuição absoluta do número de neutrófilos circulantes no sangue, causando o aumento na susceptibilidade a infecções piogênicas severas. Esta condição pode ser precipitada por vários mecanismos, podendo envolver queda na produção ou aumento da destruição de neutrófilos. A neutropenia pode ser congênita, severa ou cíclica. Na neutropenia congênita, segundo LINDHE (1999), observa-se grande diminuição ou falta de neutrófilos circulantes em crianças muito jovens, sem qualquer história de uso de drogas que possam afetar sua produção. Clinicamente, a criança experimenta infecções severas recorrentes, freqüentemente fatais. Os sinais clínicos mais comuns são: ulcerações bucais, gengivite severa, destruição do osso alveolar, recessão gengival, mobilidade dentária e perda precoce dos dentes.

A neutropenia cíclica, segundo CARRANZA (1984), caracteriza-se por reduções da contagem de neutrófilos no sangue e medula óssea, em intervalos regulares de aproximadamente 3 semanas. Durante a fase neutropênica de cada ciclo, os pacientes podem ter sintomas clínicos de febre, mal-estar, calafrios, anorexia e ulcerações na mucosa bucal. Também podem ser observados inflamação, edema e recessão gengival e o osso alveolar é freqüentemente perdido na idade pré-escolar.

#### c) Síndrome de Down

As características dentárias desta síndrome incluem: macroglossia com

protrusão da língua, língua fissurada, baixos índices de cárie, hipoplasia do esmalte, alta prevalência de doença periodontal e maloclusão. A lesão congênita mais significativa, que afeta a saúde, consiste de um defeito cardíaco. Para os procedimentos odontológicos é necessária a profilaxia antimicrobiana para a endocardite bacteriana sub-aguda. Tem sido observado denso infiltrado de células inflamatórias na lâmina própria da maioria dos pacientes. A inervação da gengiva também foi estudada imunohistoquimicamente. Com base nestes resultados foi concluído que o profundo envolvimento inflamatório da gengiva, associada com a hiperinervação, pode agravar o quadro de periodontite das crianças. (BARR-AGHOLME et al, 1991)

#### d) Diabete Melito Insulino-Dependente (Tipo I)

A severidade da doença periodontal varia em diferentes indivíduos, dependendo do tipo de placa bacteriana e das defesas do hospedeiro. O diabete tipo I é um importante fator na defesa do hospedeiro contra a placa bacteriana. Muitos estudos têm demonstrado níveis mais elevados de inflamação gengival em crianças e adolescentes diabéticos do que em crianças saudáveis. A periodontite é o achado bucal mais consistente em pacientes mal-controlados. Estes exibem aumento da reabsorção do osso alveolar e alterações inflamatórias gengivais, podendo imitar as manifestações da periodontite juvenil. Também podem estar presentes a xerostomia e abscessos periodontais recorrentes. Por outro lado, parece não haver correlação entre o número de Aa e a condição clínica periodontal em pacientes insulino-dependentes, uma vez que foram encontrados os mesmos níveis em áreas

saudáveis e com periodontite. (CABRAL, 1998)

#### e) Leucemia

O desenvolvimento de leucemia é desconhecido, embora várias teorias tenham sido propostas, envolvendo causas viróticas e imunológicas. Os achados bucais incluem exsudato gengival, petéquias, hematomas ou formação de equimoses, linfadenopatia cervical e submandibular e ulceração bucal, faringite e infecção gengival, que não respondem à terapia convencional. (REGEZI & SCIUBBA, 1989)

#### f) Hipofosfatasia

Esta rara doença genética metabólica é caracterizada pela mineralização anormal dos tecidos ósseo e dentário. Aproximadamente 75% das crianças com hipofosfatasia apresentam esfoliação prematura dos dentes decíduos, durante os dois primeiros anos de vida. A perda dos incisivos decíduos, sem inflamação local, é o primeiro sinal clínico da doença. Dor óssea com fraturas espontâneas são freqüentemente encontradas. Os pacientes normalmente têm baixos níveis séricos de fosfatase alcalina e excreção aumentada de fosfoetanolamina na urina. (REGEZI & SCIUBBA, 1989)

#### g) Histiocitose X

Nesta doença, observa-se o desenvolvimento de lesões granulomatosas, caracterizadas por proliferação histiocitária. As manifestações clínicas variam de lesões ósseas múltiplas ou solitárias a lesões disseminadas, envolvendo osso, pele e vísceras. As lesões da cavidade bucal podem ser a primeira manifestação da doença, incluindo dor, tumefação ou esfoliação dos dentes na

região do osso alveolar afetado. O tecido gengival adjacente ao osso afetado pode estar inflamado e as raízes dentárias estarem expostas. Radiograficamente, os dentes parecem estar “flutuando no espaço”, devido à lesão óssea alveolar radiolúcida. (REGEZI et al, 1989)

Abaixo são expostas fotos que demonstram o estado dos dentes com o aparecimento da periodontite, retiradas de pacientes do consultório do autor da presente pesquisa.

Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



FONTE: Casos Próprios (2001)

FIGURA 3 – FOTOS DE ALTERAÇÕES NA ARCADA DENTÁRIA PELA AÇÃO DA PERIODONTITE EM ADULTOS



## 2.3 A Questão do Envelhecimento Bucal

Assim como todo o organismo, as estruturas bucais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade bucal refletem as alterações da idade.

Os dentes diferem-se dos demais componentes calcificados do esqueleto por sua interação com o meio externo e pela ausência de intercâmbio químico ativo, que constitui parte da fisiologia básica do osso. Várias são as adaptações fisiológicas que se processam durante o ciclo da dentição normal, tais como (BERQUÓ, 1996, p. 65):

- o desvio mesial dos dentes provocado pelas forças de oclusão;
- as alterações de cor com a idade, tornando os dentes mais escuros, com tonalidades de amarelo, castanho e cinza;
- um certo grau de atrição provocado pela mastigação ou por hábitos viciosos, tais como o bruxismo;
- mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva, com conseqüente redução de permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor nos dentes de pessoas idosas;
- redução da câmara pulpar, devido à contínua deposição de dentina nas paredes internas da câmara durante toda a vida de um dente normal.

Esta dentina, segundo VINCENT et al (1992), depositada continuamente pela polpa dental reduz o tamanho da câmara pulpar - é conhecida como

dentina secundária normal - se forma lentamente e se distribui sobre as paredes internas da câmara pulpar, tanto da coroa quanto da raiz, variando entretanto conforme a localização do dente. Desse modo o elemento dentário pode, conforme a idade, ter quase que totalmente obliterados os seus canais radiculares, apresentando uma situação caracteristicamente denominada por alguns autores como "canais atresiadados".

Os tecidos de suporte, conhecidos como tecidos periodontais, sofrem uma descrição clássica de retração da superfície dentária. A estrutura do tecido gengival clinicamente saudável não apresenta alterações de epitélio relacionadas com a idade, entretanto a submucosa revela uma redução na celularidade, com aumento na textura do tecido fibroso. (BERQUÓ, 1996)

Segundo o autor, a mucosa oral reflete, com o tempo, numerosos processos de envelhecimento. Nas regiões onde há ceratinização normal do epitélio, encontramos um espessamento com a senescência, associado a uma redução na espessura da camada basal. Nas áreas onde não há ceratose, o epitélio senil adelgado torna-se mais vulnerável aos traumas. Associada à redução de espessura, a densidade celular é mais elevada na mucosa de pacientes idosos, sugerindo uma desidratação tecidual progressiva, por perda de água intracelular.

Na língua, com a idade, costumam aparecer certas alterações nas estruturas básicas e as alterações na superfície por perda das papilas são facilmente identificadas. É comum verificar-se a atrofia das papilas filiformes do dorso da língua, conferindo um aspecto liso e acetinado a sua superfície, e a atrofia de dois terços das papilas circunvaladas na velhice, podendo ocorrer

ainda a fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associada ao desenvolvimento de varicosidade nodular na superfície ventral, afetando o sistema nervoso superficial. Essas alterações provocam uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda do apetite, e que pode resultar em problemas nutricionais. (BERQUÓ, 1996)

A perda de apetite em idosos tem sido geralmente relacionada à ausência de elementos dentários e ao uso de próteses totais (CARLSSON, 1984). De fato se observa que indivíduos portadores de próteses totais têm somente 1/6 da eficiência da mordida de pessoas com dentes naturais (KAPUR & SOMAN, 1964). Deste modo, pessoas com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras e, geralmente, com baixa densidade nutricional (GEISLER & BATES, 1984). Entretanto, além dos fatores bucais, que são a causa primária das deficiências nutricionais em idosos, muitos outros fatores adversos afetam a seleção dietética desses indivíduos, tais como fatores psicológicos, farmacológicos e ainda desordens gastrointestinais (LAURIN et al, 1992).

Segundo MANDEL (1989), nas duas últimas décadas cada vez mais se percebeu a importância da saliva na manutenção da integridade dos dentes e dos tecidos bucais, e que uma função alterada das glândulas salivares pode ter conseqüências adversas para a saúde bucal. Nas glândulas salivares há evidências da redução do volume e concentração de alguns constituintes salivares com a idade. A redução do fluxo salivar e conseqüente lubrificação dos tecidos orais afetam a mobilidade da língua, dificultando a deglutição dos alimentos. Existem evidências de redução de até 75% da atividade enzimática

da saliva em pessoas com mais de 60 anos. A viscosidade da saliva também é significativamente reduzida entre os idosos. Entretanto, os valores do pH da saliva tamponada apresentam-se, entre idosos que usam dentadura e pessoas jovens ou idosos com dentes naturais, com uma capacidade tampão maior para o primeiro grupo. A redução do volume salivar e de seus constituintes está associada com a atrofia que se estabelece com a idade, envolvendo não só as células secretoras como também os ductos, sendo a fibrose das estruturas glandulares uma alteração senil bastante comum.

Os idosos constituem o maior grupo de consumidores de medicamentos "per capita" em todo o mundo, e somente nos EUA eles consomem 25% da produção anual de medicamentos (TOMASELLI, 1992). Os medicamentos freqüentemente mais consumidos pelos pacientes geriátricos são os agentes cardiovasculares, analgésicos, sedativos e tranqüilizantes (GRYMONPRE & GALAN, 1991). A maior parte dessas drogas são associadas a efeitos de inibição do fluxo salivar, resultando num potencial aumento da susceptibilidade à cárie dental.

De fato muitas medicações têm o poder de afetar a função da glândula salivar e de exacerbar o ressecamento bucal (LEWIS et al, 1993). O uso regular de analgésicos, antiarrítmicos, anti-hipertensivos e diuréticos aumentam substancialmente com a idade, enquanto o uso de anti-depressivos e anti-histamínicos permanece constante. Segundo alguns trabalhos, o consumo médio de medicamentos por idosos é de cerca de 1,7 tipos diferentes de medicação por pessoa, e geralmente o fluxo salivar diminui em relação direta com o aumento no número de medicações com efeitos potencialmente

hipossalivatários (LEVY et al, 1988).

### 2.3.1 Condições da cavidade bucal dos idosos

#### a) Edentulismo

Geralmente a prevalência do edentulismo pode ser considerada um índice grosseiro, porém instrutivo, da saúde oral de um determinado segmento da população em particular, como é o caso da população idosa. As duas principais causas de perda dos elementos dentários são a cárie e a doença periodontal. (BERQUÓ, 1996)

A prevalência do edentulismo difere substancialmente na maioria dos países do mundo. Alguns dos índices mais altos são encontrados no Reino Unido e na Nova Zelândia, e os mais baixos nos EUA. Na Suécia 49% dos idosos de 55-64 anos não possuem mais nenhum dente, subindo para 65% no grupo de 65-74 anos. Em vários países a prevalência do edentulismo é maior em mulheres do que entre os homens (MERSEL et al, 1986).

Segundo o autor, apesar da direta relação entre idade e edentulismo, o número de idosos que tem preservado sua dentição natural tem crescido consideravelmente. Na Suécia 17,2% dos indivíduos de 55-64 anos possuem todos os dentes e nos EUA 18,8% dos idosos com mais de 60 anos ainda conservam pelo menos 20 dentes em suas arcadas dentárias.

De acordo com os resultados do Questionário Nacional de Saúde Oral dos Trabalhadores Adultos e Sênior Americanos (MARCUS et al, 1994), o número médio de dentes remanescentes pode variar, consideravelmente, nos

indivíduos idosos, segundo alguns fatores tais como nível educacional, salário e nível sócio-econômico. Nesse trabalho fica patente que a perda de elementos dentários é uma questão que deve ser percebida pelo seu componente social. Os indivíduos com mais de 65 anos que possuíam os mais baixos índices de escolaridade e menores proventos também apresentavam os mais altos índices de edentulismo.

Outros estudos demonstram ainda que os idosos institucionalizados possuem em média menos dentes naturais do que de idosos que vivem independentes (KITAMURA et al, 1986).

#### b) Cáries em superfícies radiculares

Em contraste com as populações mais jovens, a prevalência de cáries em superfícies radiculares nos idosos apresenta altos índices. O percentual de idosos com dentes naturais com uma ou mais cáries ou restauração em superfície radicular varia, segundo vários trabalhos, entre 45-87%. Na Holanda, por exemplo, esse quadro corresponde a 56% das pessoas de 55-64 anos e a 62% dos indivíduos entre 62-74 anos, e no Canadá encontramos 56,8% dos indivíduos idosos com esse problema, ao ponto de o número de superfícies radiculares cariadas ser ao redor de 1,3 por pessoa (LOCKER, 1989). Nos EUA estudos diversos trabalhos encontraram ao redor de 70 a 83% dos adultos de 55-95 anos com cáries radiculares (CARLSSON, 1984) (BAILIT, 1987).

Reforçando a tese de que a saúde bucal é um problema social, na Alemanha encontramos um estudo demonstrando que o número de cavidades cariosas era 10 vezes maior em idosos institucionalizados de menor nível

sócio-econômico do que em pessoas não institucionalizadas da mesma idade (STRUBING & DEPPING, 1992). Nos EUA encontramos um percentual de 20-50% de adultos saudáveis com cáries radiculares, enquanto que entre idosos institucionalizados ou hospitalizados esse percentual subiu para além de 90%. Apesar das variações individuais, uma pessoa com menos de 30 anos tem, em média, uma em cada nove superfícies radiculares como sendo de risco à cárie, enquanto um indivíduo com mais de 60 anos tem duas superfícies em cada três.

As estratégias de prevenção dos problemas das cáries nas superfícies radiculares passam principalmente pela avaliação clínica do risco de cárie do paciente. A base de um efetivo programa de prevenção dessas afecções deve necessariamente incluir (PINTO, 2000, p. 34):

- Eliminação dos substratos cariogênicos da dieta e implementação dos cuidados de higienização bucal;
- Eliminação dos microorganismos cariogênicos pela aplicação de agentes terapêuticos antimicrobianos;
- Indução da remineralização de superfícies descalcificadas de dentina pela aplicação de substâncias fluoretadas que diminuem a desmineralização e induzam a remineralização;
- Proteção de partes específicas das superfícies radiculares de maior risco, através de materiais restaurativos.

Segundo o autor, a manutenção da saúde dos dentes depende fundamentalmente de dois fatores: a motivação e cooperação do paciente e

sua habilidade para escovar criteriosamente os seus dentes.

A crescente perda de habilidades manuais por parte dos idosos tem sido examinada em alguns trabalhos, e se avalia através de testes de observação direta, tal como o Teste de Performance de Higiene Oral - TPOH - que serve para estabelecer o nível de habilidade e/ou inabilidade individual, a fim de se prover o tipo de assistência necessária para os cuidados com a saúde bucal em casa (DOHERTY et al, 1994).

Essas metodologias de avaliação da capacidade de auto-cuidado do idoso são fundamentais para que se possam estabelecer parâmetros seguros de risco às afecções orais por parte desses pacientes, e, em casos de comprovada inabilidade, os cuidadores são os indivíduos que deverão ser orientados no sentido de oferecer ao idoso os cuidados necessários à manutenção de sua saúde bucal.

### c) Doença Periodontal

Vários estudos demonstram que a doença periodontal aumenta com a idade. Por outro lado é conhecido que as médias e os padrões de perda óssea alveolar apresentam variações individuais e também em diferentes sítios da mesma pessoa (HUGOSON, 1982). Muitos trabalhos recentes têm demonstrado que 60-100% dos idosos com dentição natural necessitam de alguma forma de tratamento periodontal (GORDON et al, 1988) (MACLNNIS et al, 1993).

Depois dos 40 anos a doença periodontal tem sido imputada como a principal causa de perdas de dentes (CARRANZA, 1984). Em relação a essa



situação os dados epidemiológicos recentes são contraditórios. Embora alguns estudos tenham constatado que depois dos 40 anos as extrações por motivos periodontais ultrapassem ligeiramente as extrações realizadas em função da cárie dentária (CAHEN et al, 1985), há outros estudos sugerindo que, até mesmo nos grupos etários mais idosos da população, o número de extrações por causas periodontais ainda seja inferior aos realizados devido à cárie (BAILIT, 1987).

## **2.4 A visão psicológica x edentulismo**

O primeiro órgão que surge como zona erógena e que exerce uma pressão sobre a mente, desde o momento do nascimento, é a boca. (WOLF, 1998)

Segundo o autor, a atividade psíquica está concentrada no atendimento das demandas desta zona. Em princípio, está ligada a uma função somática vital: a da alimentação. Em seguida, surge uma sensação de prazer relacionada à esta região, tornando o seio materno o primeiro objeto de investimento afetivo.

Este primeiro momento de enlaçamento, dependendo do grau de catexia e fixação, poderá predispor ou determinar a relação de cada indivíduo com esta região, ao longo da vida. A obesidade crônica, a onicofagia, a sucção digital, o tabagismo e o alcoolismo, são alguns exemplos de manifestações intimamente relacionadas à fase oral, primeira etapa do desenvolvimento da libido. De certa forma, também os problemas odontológicos, e as dificuldades em se lidar com

os tratamentos. (WOLF, 1998)

A psicanálise estabelece que, as primeiras sensações experimentadas, inscrevem-se no aparelho psíquico; atualizando-se, sintomaticamente, na vida adulta. Estes registros, entretanto, pelo seu cunho sexual, permanecem velados pela consciência; portanto, são inconscientes, e interferem no cotidiano. (COLL et al, 1995)

Segundo o autor (p. 98), dentre os postulados psicanalíticos mais relevantes, encontram-se:

- A sexualidade inicia-se logo após o nascimento;
- Sexualidade e genitalidade são coisas distintas;
- Lidamos apenas com o que aceitamos e idealizamos de nós;
- O inconsciente, um saber ignorado, estrutura-se como uma linguagem.

As pulsões para a psicanálise, são processos dinâmicos que consistem em uma pressão, força ou carga energética, fazendo o organismo tender para um objetivo (COLL et al, 1995).

Segundo FREUD apud COLL et al (1995), suas fontes estão na excitação corporal, um estado de tensão. O objetivo das pulsões é tentar suprimir, em vão, esta tensão em sua fonte, através de um objeto, ou graças à ele.

Segundo o autor, na Psicanálise, há forte resistência dos analisandos em permitir que seus desejos e fantasias mais obscuras possam emergir. Há também a resistência dos analistas, quando necessitam lidar com questões, em si, ainda mal elaboradas.

No tratamento odontológico, estas resistências, opondo-se à possibilidade de viabilização da saúde, aparecem, no comportamento dos pacientes, sob

forma de sucessivas interrupções; incompatibilidades de horários; faltas às consultas programadas e/ou às manutenções; negligências às instruções recomendadas; demonstração de inquietação, pressa ou irritação; limitação de abertura de boca e postural; colocação de empecilhos irrealistas com honorários; indícios que não devem passar despercebidos ao profissional atento ao paciente como um todo, corpo e psiquismo. (WOLF, 1998)

Segundo o autor, historicamente, há de se reportar às origens empíricas e traumáticas da prática odontológica, para se compreender os medos a ela relacionados e o contexto de ansiedade com ela associado. Na própria obra de Freud, tal inscrição pode ser constatada em múltiplas alusões. Há uma mentalidade estabelecida em questão e, sua mudança, é absolutamente refratária à evolução e desenvolvimento das sociedades.

Desde seu nascedouro, contudo, há um imaginário a atuar sob esta prática, como que a associá-la, usualmente, a um ritual de violência insuportável, um reviver de mutilação fictícia, a atormentar; atualização da angústia represada, desde o inevitável confronto edípico infantil. (COLL et al., 1995)

Fobia dá-se por recalque de conflito interno, onde a angústia é deslocada para um objeto do mundo externo. De fato, em um primeiro instante anímico, aquele seio vital propiciou plena fusão existencial, doce vivência, posteriormente interdita por uma figura "ameaçadora" - o pai -, cuja presença o afastou, (de) limitando-nos; e com o qual, mais tarde, nos conciliamos. Na vida adulta, no âmbito odontológico, em nível inconsciente, pode haver o retorno deste "temido algoz aterrorizante" ; a cindir. (WOLF, 1998)

O universo Criança → Boca → Seio → Mãe → Plenitude, representa a importância da zona oral, principalmente a boca, no processo do desenvolvimento psíquico do indivíduo, qualquer intervenção ou a invocação de algo novo nessa área, provoca uma conduta que se mostra aparentemente infantil, imatura e leviana, a qual pode, muitas vezes, encobrir ansiedade e desamparo. (COLL et al, 1995)

Assim, segundo WOLF (1998, p. 28) os problemas odontológicos muitas vezes encontram-se relacionados à primeira etapa do desenvolvimento da sexualidade infantil; em que a boca se estabelece como zona erógena principal, também, há um imaginário a povoar a relação de algumas pessoas com o tratamento odontológico:

- 1) manifestações de **angústia**, dentre elas, a fobia, freqüentemente se atualizam no âmbito do consultório odontológico, em forma de resistência ao tratamento, ameaçando seu êxito;
- 2) aspectos **auto-destrutivos**, inerentes ao psiquismo humano, parecem interferir no êxito da terapia odontológica, ainda quando centrada em conduta preventiva e indolor, visando real viabilização da saúde;
- 3) Estimular o **auto-conhecimento** das pessoas, ouvi-las além das palavras - atenciosa e cautelosamente -, elucidá-las e ajudá-las a lidar com a realidade da extensão dos procedimentos odontológicos, são condutas relevantes para aplacar suas dificuldades em lidar com o tratamento;
- 4) Eventualmente, auxílio profissional específico pode se impor, requerendo sensibilidade, tato e habilidade para sugeri-lo.

### 2.4.1 A boca

É na boca que se dá o início da digestão. A mastigação deve ser bem feita, para que o estômago receba o alimento já triturado para exercer a função de prepará-lo e envia-lo ao intestino delgado e este poder absorver as substâncias nutritivas ao organismo. (TEN CATE, 1988)

Segundo o autor, uma mastigação deficiente dará mais trabalho ao estômago que em consequência enviará o alimento em pedaços para o intestino delgado prejudicando assim a absorção das substâncias nutritivas ao organismo e a pessoa comerá muito e se alimentará pouco. É bom lembrar também que a mastigação mal feita é um dos fatores responsáveis por muitos problemas estomacais que por ventura se venha a sofrer no futuro.

A boca desenvolve funções variadas e complexas e tem além disso um significado psico-emocional importante. Sua fisiopatologia não pode isolar-se do contexto psicológico e somático do indivíduo de quem forma parte (HUNGRIA, 1995; WOLF, 1998).

Segundo os autores, as suas funções básicas resumem-se em:

- a) Comunicação - Uma das primeiras formas que os homens usaram para se comunicar foi a boca, fosse por meio de gritos, rugidos ou qualquer outro som que pudesse emitir. Daí podemos passar para a segunda função justamente em decorrência desta primeira.
  
- b) Fala - Com a evolução o homem chegou a linguagem falada, que até hoje é usada por todos nós, porém para que isto aconteça, além de outros órgãos, a boca, a língua, os dentes e os lábios exercem funções importantes para

que a linguagem falada possa se concretizar. A boca forma a caixa acústica para que o som possa ser emitido e em conjunção com a língua, dentes e lábios dão os diferentes sons característicos de cada palavra. Pessoas com ausência dos dentes anteriores ou completamente desdentados tem dificuldades em pronunciar determinadas palavras que contenham "t" ou "d", por exemplo. Deste ponto partimos para a terceira função correlata.

- c) **Dicção** - Pessoas com problemas de oclusão (mau posicionamento dos dentes), deformação do palato (caixa acústica alterada), ausência de dentes, problema no freio lingual, têm dificuldades na dicção necessitando muitas das vezes de recorrer a especialistas para a devida correção.
- d) **Nutrição** - É na boca que se dá o início da digestão, onde o processo se dá com a sucção ( nos recém-nascidos), mastigação e deglutição.
- e) **Funções Sensoriais:**
  - **Gustação** - A gustação (paladar) nos ajuda a diferenciar os alimentos que ingerimos e associado ao olfato impede a ingestão de alimentos deteriorados, funcionando como um sentido de defesa
  - **Temperatura** - Nos ajuda na percepção dos alimentos muito quentes ou muito frios.
- f) **Funções de Proteção e Defesa:**
  - **Proteção** - Esta função é contra os agentes mecânicos, físicos, químicos

e biológicos. Nos três primeiros se realizam na parte anterior da boca detectando as substâncias indesejáveis e rechaçando-as. Na parte posterior provoca o reflexo do vômito.

- Defesa - É importante a resistência oral às infecções. Isto se deve a ação de distintos fatores que podem ser agrupados em 3 tipos principais:

- Primeira linha de defesa - Reside na mucosa, saliva e a interação microbiana.
- *Segunda linha de defesa* - É celular e tem sua máxima expressão na inflamação e seu mecanismo direto na fagocitose.
- *Terceira linha de defesa* - Se deve a ação dos anti-corpos ou seja a ação imunitária.

g) Sêde - A sêde é uma sensação complexa que motiva o indivíduo para a ingestão de água . O de maior interesse para nós é a sequeidão da mucosa oral (xerostomia) e da faringe pela diminuição da secreção de saliva.

h) Estado Emocional - O nosso estado emocional se reflete nos movimentos que fazemos com a boca, se estamos alegres sorrimos, se estamos tristes ou irritados deixamos transparecer pela constrição da boca, se estamos com medo apertamos os dentes. No estado emocional evidentemente que a boca não atua isoladamente mas sem dúvida é importante coadjuvante, por isto representamos graficamente com aquelas carinhas de alegria ou tristeza o nosso emocional, onde o que muda é tão somente a forma da boca. :- ) e :- (

- i) Estética - A face pode ser dividida em três partes iguais, o primeiro terço que vai da raiz dos cabelos (para quem os têm...) até um ponto entre as sobrancelhas (na concavidade formada na junção da testa com o nariz), a segunda que vai deste ponto até a base do nariz e a terceira que parte deste ponto até o final do queixo, veja na foto acima que esta simetria é válida. Destas três partes a única que é mutável é justamente o terço final ou seja onde se encontra a boca, quando há modificação deste segmento final a estética começa a ser prejudicada, daqui podemos partir para outra função que tem estreita relação com a estética.
- j) Dimensão Vertical - A dimensão vertical é justamente o terço final do qual falamos no tópico acima e que é responsável pela manutenção da harmonia facial, quando existe perda ou aumento desta dimensão a estética facial fica comprometida. Problemas de oclusão, perdas dos dentes, próteses mal confeccionadas, são os principais fatores desta alteração. Daí a importância de cuidados com os dentes para a manutenção da estética facial.
- k) Distúrbios nas ATM - A integridade e o bom estado das ATM (articulações têmporo-mandibulares) depende de uma boa oclusão, vide "bruxismo", portanto é importante o cuidado com os dentes, tanto no aspecto protético quanto no ortodôntico.
- l) Carinho - Esta função é importante no nosso relacionamento afetivo, o beijo de um filho para sua mãe, da mãe para seu filho, a demonstração do amor



entre um homem e uma mulher, aí está a boca presente em nosso dia a dia, com suas funções, todas elas importantes como todos os outros órgãos desta máquina perfeita que é o corpo humano.

## **2.5 Próteses Totais**

A prótese dentária visa substituir um ou mais dentes e/ou tecido de proteção e sustentação ausentes, objetivando o restabelecimento do equilíbrio neuromuscular do sistema estomatognático, possibilitando o desempenho e manutenção de suas funções, restabelecendo o bem estar físico, mental e social (VERVOORN et al, 1991).

Com este nome classificamos o que popularmente é conhecido como "Dentadura". Este trabalho se destina àquelas pessoas totalmente desdentadas, também com a finalidade de devolver sua função mastigatória e sua estética. Muitas pessoas têm pavor só em ouvir falar que um dia poderão ou terão que usar dentadura (VELLINI, 1999).

Diante desta perspectiva, segundo WOLF (1998), as pessoas ficam psicologicamente afetadas. Como a calvície, o aparecimento de cabelos brancos, as rugas, a pessoa quando se vê diante do fato consumado de ter que usar dentadura se sente abatida e a terceira idade batendo à sua porta.

Muitas pessoas são obrigadas a usar dentadura em sua maioria devido à falta de cuidado básico com os dentes, principalmente por higiene e falta de conscientização quanto à necessidade de orientação odontológica, contudo, existem vários outros motivos, como acidentes, doenças periodontais graves,

também àquelas pessoas que moram em locais onde a assistência profissional é bastante precária. (PINTO, 1996)

Os dentes são importantes para um belo sorriso, faz bem psicologicamente e fala muito de nós àqueles que nos vêem, mas exerce também uma função fisiológica não menos importante, que é a trituração dos alimentos que ingerimos. (WOLF, 1998)

Segundo o autor, o restabelecimento da função estética, fonética, mastigatória tem grande valor social e psicológico e o desdentado, seja parcial ou total, gera medo, apreensões e desconfortos psíquicos.

Os aparelhos protéticos podem ser classificados, visando os aspectos de fixação em próteses fixas e próteses removíveis (total e parcial) e de transmissão dos esforços mastigatórios: dento-suportada: prótese fixa; dento-muco-suportada: parcial e removível; muco-suportada: dentadura completa. (RAHMTULLA, 1982)

Os requisitos das próteses removíveis são, segundo VELLINI (1999):

- a) **Mastigatório:** a eficiência mastigatória está correlacionada diretamente com a retenção e a estabilidade do aparelho. A retenção é a propriedade do aparelho em resistir às forças que tentam deslocar no sentido gengivo-oclusal; a estabilidade é a propriedade que o aparelho adquire em se opor às forças horizontais que atuam durante a mastigação, a fim de não deslocá-la da sua posição. A estabilidade de uma prótese removível depende diretamente da oclusão, da articulação e do balanceio dos dentes artificiais.

**b) Estético:** o objetivo é reconstituir a fisionomia natural do paciente.

Segundo Pound, a estética depende fundamentalmente de três fatores: seleção dos dentes, montagem dos dentes, e parte gengival anterior e superior da base da dentadura.

**c) Fonético:** qualquer defeito na fonação, além de dificultar a compreensão da fala, indica de imediato ser portador de prótese. É natural o paciente sentir certa dificuldade na instalação da prótese, porém se confeccionado corretamente deverá em pouco tempo integrar-se ao aparelho estomatognático e pronunciar normalmente as palavras.

**d) Comodidade:** esse requisito é dado pela sensação de conforto, justeza e utilidade no uso do aparelho, ou seja, depende da correta delimitação da área chapeável e da moldagem (máxima retenção e mínimo traumatismo), tomada da dimensão vertical (influi no descanso dos músculos mastigadores), correto relacionamento dos dentes em oclusão e em RC (implicam no perfeito funcionamento da articulação temporomandibular). Quando se segue com rigor todos os passos da confecção de uma prótese, essas qualidades são alcançadas.

Segundo o autor, recomenda-se ao paciente portador de prótese total procurar o cirurgião-dentista a cada cinco anos para uma análise criteriosa para confecção de novas dentaduras. Nessas consultas é avaliado a estética, harmonia facial, desgaste dos dentes, envelhecimento precoce, falta de

retenção, reabsorção óssea, dores em algumas áreas são alguns itens importantes para indicação ou não de uma nova dentadura.

Muitos pacientes desdentado total portadores de próteses totais duplas, queixam-se das instabilidade da prótese, dificuldades na mastigação e fala. A avaliação fonoaudiológica menciona-se alteração na deglutição, mastigação e fala. (PINTO, 2000)

Segundo o autor, após instalação da prótese pode ocorrer que as pessoas se preocupem com o ruído que possam fazer com os dentes ao se tocarem; ou com um pequeno embaraço na conversação; outras reclamam a quantidade anormal de saliva na boca, certo número de pessoas preocupam-se com possíveis mudanças em sua expressão facial normal; ainda outras, com a dentadura inferior deslocando-se continuamente. Quase todas as pessoas se queixam que ficam com a "boca cheia" ao colocarem dentaduras. Na maioria das vezes, estes "problemas", quando existirem, desaparecerão em curto espaço de tempo e para sempre.

Segundo MOLTZER et al. (1996), muitos pacientes não ficam satisfeitos com a nova dentadura ao instalar. Existe um período de adaptação, sendo que a prótese inferior leva quatro vezes mais tempo do que a superior. Em contrapartida existem pessoas que estão mais felizes e saudáveis com a prótese total, do que seus próprios dentes. Algumas inclusive acham que sua aparência tem melhorado e, muitos outros comentam que podem comer melhor e mais confortavelmente. Esses quesitos positivos ou negativos podem corroborar com a expectativa do paciente em relação a prótese total.

## 2.6 Ergonomia

A palavra Ergonomia deriva das palavras gregas “*ergon*” (trabalho) e “*nomos*” (leis, regras). A definição desta disciplina poderia, portanto, resumir-se simplesmente ao fato de ser uma “ciência do trabalho”. Etimologicamente o vocábulo Ergonomia não especifica claramente o objeto desta disciplina. Podendo ser definida em síntese, como o “conjunto de conhecimentos ao respeito do desempenho do homem no trabalho, com a finalidade de aplicá-las à concepção das tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção”. (WISNER, 1987)

Segundo o autor, a ergonomia pode ser definida como “o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia”. Fundamentalmente a ergonomia se baseia em conhecimentos no campo das ciências do homem, dentro das quais encontramos a antropometria, fisiologia, psicologia, sociologia, etc., cujos resultados são avaliados principalmente por critérios que pertencem a saúde, economia e sociologia. Assim a ergonomia constitui uma parte importante mas não exclusiva, da melhoria das condições de trabalho em seu sentido restrito.

Além de considerações técnicas e ergonômicas, é preciso considerar os dados sociológicos e psicossociológicos que se traduzem no conteúdo e na organização geral da atividade de trabalho. A ergonomia não se limita ao trabalho, quer o consideremos no seu sentido restrito, de trabalho produtivo e assalariado, quer no seu sentido mais amplo, de atividade obrigatória. A ergonomia é útil na concepção de brinquedos, de esporte, de vestuário,

softwares, dentre inúmeras outras aplicações. (WISNER, 1987)

Observa-se portanto, segundo o autor, que o objeto da ergonomia, seja qual for a sua linha de atuação, ou as estratégias e os métodos que utiliza, é o homem no seu trabalho trabalhando, realizando a sua tarefa cotidiana, executando as suas atividades do dia-a-dia. Cumpre ressaltar que a singularidade da ergonomia está justamente na sua práxis, que integra o estudo das características físicas e psíquicas do homem, as avaliações tecnológicas do sistema produtivo, a análise da tarefa, com a apreciação, o diagnóstico, a projeção, a avaliação e a implantação de sistemas homens-máquinas.

A ergonomia pode contribuir para solucionar um grande número de problemas sociais relacionados com a saúde, segurança, conforto e eficácia. Inúmeras atividades de trabalho são prejudiciais à saúde. Temos as doenças músculo-esqueléticas (principalmente dores nas costas) e psicológicas (estresse), que são consideradas as mais importantes causas de absenteísmo e a incapacitação ao trabalho. Estes problemas são atribuídos ao mau projeto ou uso inadequado de equipamentos, sistemas e tarefas. Nestes pontos, a ergonomia pode contribuir para reduzir estes problemas. Fora disto, a ergonomia também pode contribuir para a prevenção de erros, melhorando o desempenho. (DULL et al, 1995)

### 2.6.1 Qualidade de vida

Muitos fatores determinam a qualidade de vida de uma pessoa, sendo a

combinação destes, fundamental para moldar e diferenciar o cotidiano do ser humano, resultando em fenômenos e situações que podem ser chamadas de qualidade de vida.

O ser humano vive em busca de satisfação constante, e tudo o que ele quer é ser feliz. O convívio diário com outros seres humanos faz com que interaja constantemente e que tenha que administrar suas próprias necessidades de ser, estar, ter, sentir, conhecer, fazer (PATRÍCIO, 1999).

Portanto, qualidade de vida subentende equilíbrio; consigo mesmo, coletivo, com o meio ambiente enfim com o universo. LIPP (1996, p. 13) define qualidade de vida como sendo:

“O viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Para que a pessoa possa ser considerada como tendo uma boa qualidade de vida, toma-se necessário que ela tenha sucesso em todos esses quadrantes. Não adianta você ter muito sucesso só na sua carreira, ou só na área social e não o ter nas outras áreas”.

Todos nós somos resultado do que fomos e fizemos. Logo, desenvolver qualidade de vida significa exigir de nós mesmos um desempenho melhor de viver e de se relacionar (PRÓSPERO, 2000).

Segundo LIPP (1996), por meio do processo de melhoria da qualidade de vida, busca-se um estado permanente de equilíbrio entre a saúde física, o domínio, vivência das emoções e a elevação da consciência através de valores

e crenças. A partir desse equilíbrio pessoal e interior as relações interpessoais agregam qualidade e busca-se uma harmonia com o meio ambiente.

Desenvolver qualidade de vida é muito mais uma exigência interna e pessoal que uma reivindicação. Todos somos gerentes da própria vida, da própria saúde, da própria evolução humana e espiritual. Para ter qualidade de vida, é preciso estar bem consigo mesmo, com a família e com os amigos.

NAHAS (2001) evidencia que os fatores relacionados à qualidade vida evidenciam uma medida da própria dignidade humana, pressupondo o atendimento das necessidades humanas fundamentais.

Para o autor os parâmetros individuais e sócio-ambientais que influenciam a qualidade de indivíduos ou grupos populacionais podem ser descritos como:

#### QUADRO 1 – PARÂMETROS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA

Parâmetros Sócio-Ambientais	Parâmetros Individuais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moradia, transporte, segurança</li> <li>• Assistência médica</li> <li>• Condições de trabalho e remuneração</li> <li>• Educação</li> <li>• Opções de lazer</li> <li>• Meio-ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hereditariedade</li> <li>• Estilo de vida               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controle do Estresse</li> <li>- Atividade física habitual</li> <li>- Relacionamentos</li> <li>- Comportamento Preventivo</li> </ul> </li> </ul>

FONTE: NAHAS (2001, p. 6)



Para WALTON (1973) citado por RODRIGUES (1994, p. 11) a expressão qualidade de vida “tem sido usada com crescente freqüência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico.”

Desta forma, a aplicação de programas de qualidade de vida, devem considerar o processo de aprendizagem que envolve as dimensões subjetivas e objetivas do sujeito (psicológicas e sociais) e que as mesmas se articulam com aspectos relacionados à organização do trabalho e a cultura organizacional.

A qualidade de vida torna-se então, um processo de crescimento permanente de desenvolvimento do ser humano com objetivos de agregar qualidade, seja no exercício profissional, na cidadania, na família ou na sua relação ecológica (MOTTER, 2001).

Pode ser avaliado a qualidade de vida do indivíduo a partir do atendimento de necessidades básicas do ser humano, para tal pode-se utilizar a teoria de Maslow “hierarquias das necessidades”, a qual tem como objetivo emergir do interior do indivíduo motivação para o processo de realização pessoal e profissional. Conforme é demonstrado a seguir na teoria das motivação.

## 2.6.2 Teoria da motivação humana

Motivação é uma força ou tensão capaz de desencadear e manter uma ação, canalizando o comportamento para um determinado fim. (NUTTIN, 1980)

Segundo o autor, a motivação conduz a atitudes dinâmicas, ativas e persistentes. Quem está motivado fica facilmente mobilizado para intervir, sente-se com forças intrínsecas, valoriza-se, dá menos relevância aos obstáculos do que à idéia de sucesso.

Encontram-se na literatura inúmeras teorias sobre a motivação, no presente trabalho serão expostos apenas algumas teorias de forma sucinta a fim de explicar a influência da satisfação e bem-estar orgânico para promoção de motivação.

Na teoria de Maslow foram identificados cinco níveis de necessidades:

- **Primeiro nível:** referentes às necessidades básicas, tais como o sono, a sede, a fome, o desejo sexual, ou seja, as necessidades vitais para o organismo.
- **Segundo nível:** denominadas por necessidades de segurança, e consistem em sentimentos de proteção e de defesa perante eventuais situações de perigo; estas necessidades começam a ser uma preocupação quando as básicas (do primeiro nível) estão garantidas.
- **Terceiro nível:** consistem em necessidades sociais, tais como a participação, a amizade, o afeto, o amor, a aceitação por parte dos outros. Quando estas necessidades não estão suficientemente satisfeitas o indivíduo torna-se hostil e agressivo na relação interpessoal, se estão satisfeitas, geram-se sentimentos de auto-confiança, de prestígio e facilitação das relações interpessoais.
- **Quarto nível:** consistem em necessidades de estima, que estão intimamente relacionadas com o modo como o indivíduo se vê e avalia, envolvem sentimentos de auto-apreciação, auto-confiança, necessidade de aprovação

social, de respeito, prestígio e de consideração.

- **Quinto nível:** são as necessidades de auto-realização, e estão relacionadas com a competência e o sucesso.

Na concepção de hierarquia das necessidades de Maslow, as necessidades humanas podem ser dispostas em ordem de importância, na qual deverá o homem primeiro atingir a mais baixa para, na escalada, atingir a mais alta. Deve ficar caracterizado que uma necessidade já satisfeita, não pode ser encarada como um fator motivador, e sim na hierarquia, o item mais alto. (MASLOW, 1985)

No modelo de Maslow, fica caracterizado uma pirâmide, na qual as necessidades humanas estão colocadas em hierarquia de sua importância, da mais básica na base do modelo para mais complexa em seu pico.



Na teoria de Herzberg, os fatores de motivação são Higiênicos ou Motivacionais. Este autor preocupou-se com o tipo de motivação subjacente à situação de trabalho, e defendeu a existência de dois fatores ao nível da satisfação do desempenho da função. Os **fatores higiênicos**, que são fatores extrínsecos, pertencem ao meio (exs: a relação com os colegas, o clima da empresa, o salário, os benefícios fiscais) e os **fatores motivacionais**, que dizem respeito a aspectos intrínsecos que estão sob o controle do indivíduo (exs: competências profissionais, crescimento individual, capacidade de liderança).

Na teoria de McGregor, teoria X e Y, o autor sugere que a motivação deve ser analisada em função das diferentes concepções da natureza humana, como tal, sistematizou elementos associados a duas teorias distintas e abordou a motivação segundo cada uma dessas referências. A **teoria X**, onde se parte do princípio que as pessoas preferem mais ser dirigidas do que assumir responsabilidades, ou seja, assumem uma atitude passiva que lhes facilita a segurança. A **teoria Y** que parte do pressuposto que as pessoas podem formular objetivos e satisfazer as suas necessidades, uma vez motivadas.

Na teoria de Tolman, Atkinson e Vroom, os elementos que influenciam a motivação são:

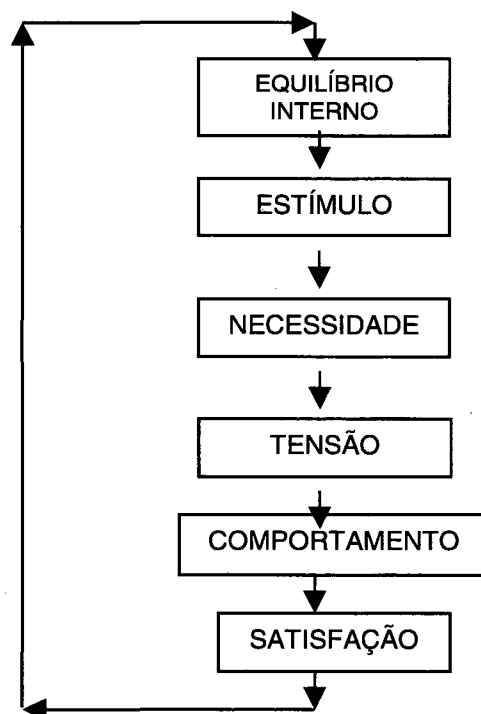
- **expectativa**: é a antecipação subjetiva dos resultados e conseqüências de determinada ação/comportamento. Deste modo, a motivação resulta de um processo prévio de seleção de comportamentos, momento em que são analisadas as conseqüências possíveis de cada alternativa comportamental.

- **instrumentalidade:** consiste na análise da relação causal entre o esforço e o resultado final, ou seja, se se verificar que o esforço tem pouco efeito sobre o resultado, este diminuirá gradualmente, ou seja a motivação diminui. Esta teoria defende a idéia de que o esforço poderá ser tanto maior quanto mais se acredita que a melhoria do desempenho permite a obtenção dos resultados desejados ou evita as conseqüências indesejáveis.

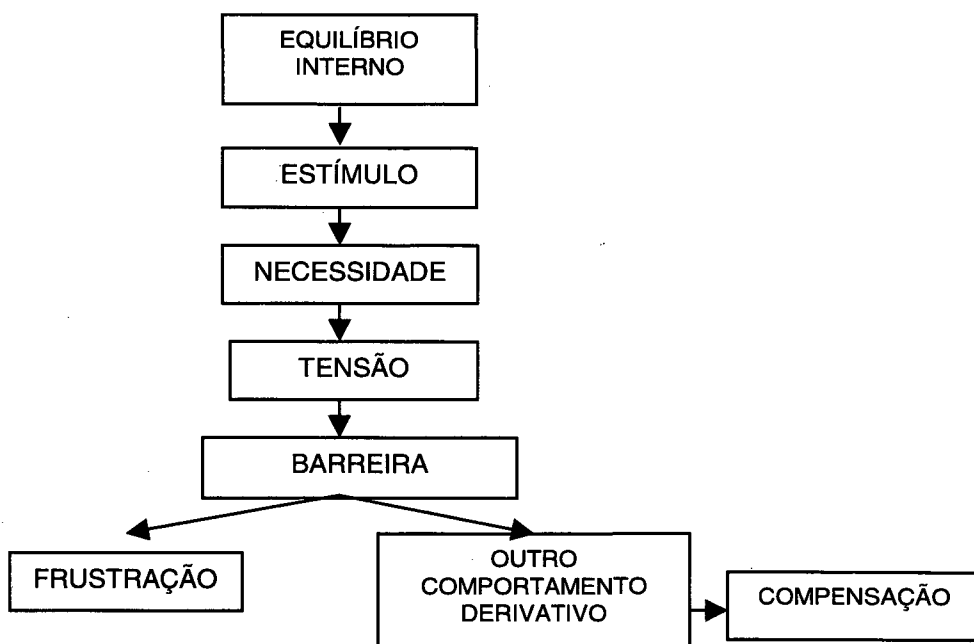
- **valência:** é o grau de satisfação atribuído ao resultado da intervenção. Esse grau depende das expectativas e do nível de satisfação antecipado pelos indivíduos.

Na teoria de Cannon, os comportamentos humanos podem ser explicados através do princípio da homeostase, ou seja, sempre há um desvio ou sensação de desequilíbrio no organismo tenta recuperar a estabilidade.

#### **Ciclo Motivacional** (quando há satisfação da necessidade)



**Ciclo Motivacional** (quando há impossibilidade de satisfação da necessidade)



Em síntese, a grande importância das teorias de motivação encontram-se na demonstração de que as necessidades humanas só serão fatores de motivação quando elas não estiverem satisfeitas, portanto, a satisfação das necessidades, motor principal do comportamento humano, leva o mesmo a prática motivada de esforços, em busca do atingimento de suas necessidades.

### 2.6.3 Empregabilidade

Segundo AMADEO (1999, p. 56-62), empregabilidade é a condição de utilizar as coisas que sabe e que faz e poder ser a base de segurança que cada um de nós tem. Além de dominar o serviço que oferece, deve ter

habilidade para tocar seis instrumentos ou estar baseado nos seis pilares: adequação vocacional, competência profissional, idoneidade, saúde física e mental, reserva financeira e fontes alternativas, relacionamentos.

**a) Adequação Vocacional:** O prazer pelo trabalho e a escolha certa pela profissão é o que gratifica e realiza cada dia e cada momento do profissional, o que é essencial para o sucesso do trabalho auto-empresariado. É avaliar o que realmente gosta de fazer.

**b) Competência Profissional:** Competência e capacidade são palavras sinônimas, compreende os conhecimentos adquiridos, as habilidades físicas e mentais, o jeito de atuar e a experiência. Ela é desenvolvida através da formação escolar, de treinamentos recebidos pelo autodidatismo e pela vivência cotidiana. Atualmente o mercado exige constante e rápida atualização. Para concorrer no mercado, além da competência técnica e gerencial, o profissional precisa ser competente em comunicação e vendas, e ter raciocínio mercadológico. É o realizar com maior eficiência as atividades que faz e gosta de fazer.

**c) Idoneidade:** O profissional idôneo é aquele correto, honesto, que conduz sua vida e seu trabalho dentro de princípios legais e éticos, tendo a seu favor a consideração, o apreço, a administração e a confiança de clientes interno e externos. "Alguém só é contratado se for idôneo; só será recomendado se for honesto; só será apresentado, elogiado ou convidado se for correto, confiável".

É a ética necessária, após a valorização dos direitos individuais.

**d) Saúde Física e Mental:** Ter saúde física é buscar continuamente o equilíbrio entre o trabalho e o lazer, entre a obrigação e a diversão, entre o papel profissional e os demais papéis que desempenhamos na vida. É a base da qualidade de vida.

**e) Reserva Financeira e Fontes Alternativas:** Representa o dinheiro disponível para que o profissional possa se atualizar, cuidar da saúde, promover o lazer, tirar férias e viajar e ainda fazer face às emergências que porventura venham a surgir no dia a dia. Traz em termos psicológicos a segurança e a satisfação de condições mínimas para se lançar.

**f) Relacionamentos:** Quem conhece pessoas adquire informações e quem tem informações tem acesso. Acesso e informações são a garantia de um diálogo mais produtivo e de um provável negócio. "O patrimônio de um profissional é seu relacionamento". O bom relacionamento entre profissionais do mercado de trabalho estimula a atualização e o aperfeiçoamento contínuo.



## **3 ESTUDO DE CASO**

### **3.1 Materiais e Métodos**

A partir da revisão da literatura, referente à anatomia da cavidade bucal e seus componentes, patologias, caracterização do edentulismo e dos idosos, este capítulo pretende descrever a metodologia que será utilizada para a consecução dos objetivos deste trabalho. Haja visto que em qualquer realização de um trabalho de investigação científica, a importância atribuída à metodologia deriva de que todo e qualquer trabalho de caráter científico necessita confrontar teorias com dados de observação ou de experimentação. Através da metodologia são determinadas as técnicas, métodos e procedimentos de estudos a serem utilizados pelo pesquisador.

### **3.2 Tipo de Pesquisa**

Segundo CERVO & BERVIAN (1983, p. 55) “A pesquisa é uma atividade voltada para a solução de problemas, através do emprego de processos científicos.” De acordo com esta definição, a presente pesquisa buscou analisar o cenário do indivíduo edêntulo e a relação com o aumento ou decréscimo de seu nível de qualidade de vida, após a implantação de prótese total.

Para explicar o problema da presente pesquisa foram utilizados dois tipos

de pesquisa: pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica tem por objetivo procurar explicar o problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos.

A pesquisa de campo se aterá na observação de dados da realidade do edentulismo, a partir de observação sistemática a qual preconiza a elaboração prévia de um planejamento e realizada sob condições controladas para responder os propósitos pré-estabelecidos.

O levantamento de dados via documentação indireta, ou seja, os dados não são obtidos no próprio local onde os fenômenos ocorrem (campo), é o primeiro passo para qualquer investigação científica, sendo realizado de duas maneiras: pesquisa documental (ou de fontes primárias) ou pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias).

A pesquisa será desenvolvida em um consultório odontológico localizado na Região de Curitiba, Estado do Paraná, o qual possui como especialidade a prótese dentária, periodontia e a ortodontia. Para efetivação desta pesquisa foi elaborado um instrumento de pesquisa em forma de questionário, o qual foi elaborado a partir de perguntas de múltiplas escolhas e fechadas, as quais foram construídas através de ordem lógica da problemática do paciente edêntulo e a existência ou não de elevação do seu nível de qualidade de vida após a implantação de próteses totais.

### **3.3 População e Amostra**

Segundo CERVO e BERVIAN (1983, p. 45), "é o conjunto de elementos

que possuem determinadas características". O universo ou população é um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas, etc) que possuem as características que serão objeto de estudo.

O universo da presente pesquisa portanto, será limitado aos indivíduos edêntulos, os quais encontram-se como clientes de um consultório odontológico, classificados a partir do arquivo cadastral num período de cinco de anos. Os quais obtiveram diagnóstico, tratamento e confecção para as próteses totais. Através do cadastro da clínica foi possível localizar os pacientes e assim, efetuar um questionamento sobre as causas do edentulismo, aplicação e adaptação da prótese total.

O consultório odontológico da presente pesquisa encontra-se localizado na Cidade Industrial da Região de Curitiba, de propriedade do autor da pesquisa há mais de 10 anos. Possuindo como características sócio-econômicas de sua clientela, uma maioria de classe baixa e com elevado índice de evasão rural. Portanto, a população pesquisada encontrava-se com pouco acesso aos conhecimentos quanto à área de odontologia, efetuando esporadicamente a higiene dental diária, bem como, a cultura de que as visitas ao dentista restringiam-se somente à retirada de dentes.

A partir da averiguação das fichas cadastrais dos últimos cinco anos do consultório pesquisado, foi possível encontrar 120 pacientes que utilizam próteses totais com diagnóstico de edentulismo. Destes pacientes apenas 100 foram contactados com sucesso, dos quais 70 foram entrevistados no consultório e 30 em casa, por recusarem-se a comparecer na clínica, os 20 restantes foi impossível contactar devido à mudança de endereço.

As fases de determinação da amostra, contacto e entrevista, foram efetivadas no prazo de um ano (março de 2000 à março de 2001).

### **3.4 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi elaborado em forma de questionário pelo autor mediante pesquisa bibliográfica e experiência profissional, com perguntas objetivas e respostas fechadas. (apêndice)

No período de um ano, foram contactados os pacientes através de endereço e telefone contidos no cadastro da clínica, sendo solicitado uma visita ao consultório para averiguação da prótese e o processo de adaptação. Dos 120 pacientes cadastrados, apenas foram encontrados 100, dos quais 30 tiveram que ser visitados em casa, por não se encaminharem à clínica.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 20 minutos.

O questionário foi elaborado com o intuito de averiguar o comportamento do paciente antes e após a instalação da prótese total, se houve ou não ocorrência de melhoria na qualidade de vida do mesmo, e, se o período de adaptação com a prótese dentária foi satisfatória.

### **3.5 Coleta de Dados**

A partir da averiguação das fichas cadastrais do consultório pesquisado, foram encontrados 120 pacientes que colocaram próteses totais devido ao

edentulismo.

Na fase de contacto destes pacientes apenas 100 foram efetivamente encontrados, realizando-se então, as entrevistas. O restante dos pacientes da amostra inicial, no total de 20, mudaram de endereço impossibilitando o contacto inicial.

A entrevista foi realizada no próprio consultório com 70 pacientes, os outros 30 pacientes foram entrevistados em casa, por recusarem-se a visitar o consultório. Após uma breve exposição sobre o teor da entrevista, os pacientes foram respondendo as questões, com o tempo médio de 20 minutos para cada paciente.

### **3.6 Tratamento dos Dados**

Os resultados obtidos a partir das entrevistas tiveram como tratamento a utilização de análise estatística, através do software Excell da Microsoft - versão 2000, o qual proporciona a possibilidade de formação de tabelas e gráficos, contendo percentual e média das respostas por questionamento. Resultados estes que são expostos a seguir.

### **3.7 Resultados e Discussão**

Conforme explicitado, a amostra constitui-se em sua maioria de pessoas de classe baixa com pouco acesso à cultura de higiene dentária e consultório

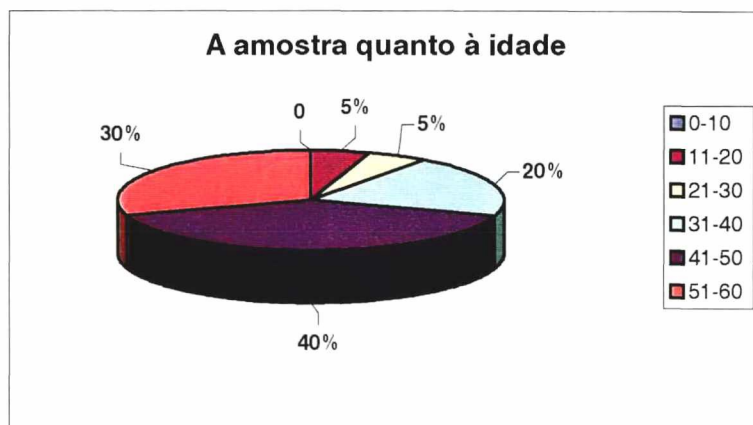
odontológico, visto também, à alta ocorrência de indivíduos evadidos da região rural, atuais moradores da área pesquisada.

Assim, demonstra-se que a amostra além de não possuir condições financeiras para um adequado programa nutricional, desconhecendo a finalidade da área de odontologia, a qual preconiza o tratamento dos dentes e não a “retirada de dentes”, enfocando a necessidade e importância da preservação dos dentes e não apenas retirar porque “não presta mais”. Conforme observado nos resultados quanto aos motivos de colocação de prótese total.

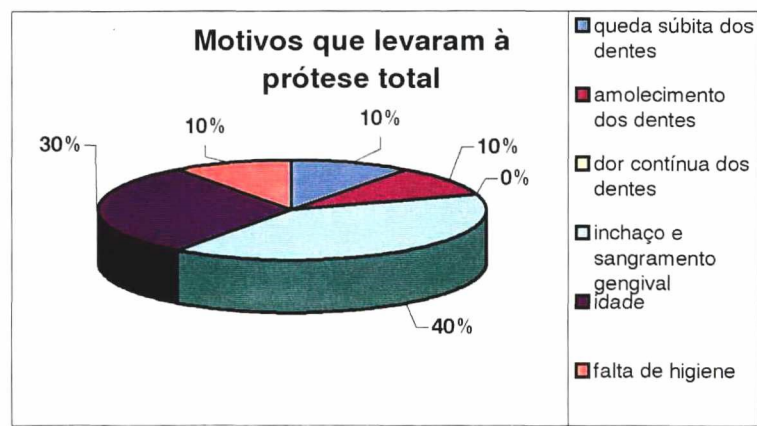
Quanto ao sexo, a amostra demonstrou maior incidência de pacientes masculinos (65%).

Quanto a idade a amostra demonstrou que 60%, possuíam a idade entre 30 a 50 anos, com uma média para a idade de 45 anos (gráfico 1), durante o período em que sofreu o edentulismo e a colocação das próteses totais, indicando desta forma a existência de problemas patológicos relacionados à perda dos dentes, como a periodonite ou gengivite. Não caracterizando portanto, a idade avançada e a conseqüente, degeneração dos tecidos.

GRÁFICO 1 – A AMOSTRA QUANTO À IDADE



## GRÁFICO 2 – MOTIVOS QUE LEVARAM À PRÓTESE TOTAL



Conforme o gráfico acima, os pacientes que colocaram a prótese possuíam algum tipo de patologia, num total de 70%, caracterizado por inchaço e sangramento, queda súbita e amolecimento dos dentes.

Isso indica que além da incorreta alimentação e inexistência do conhecimento de higiene dentária, os indivíduos em sua maioria sofreram o edentulismo devido às inflamações periodontais, as quais segundo a literatura pesquisada, ocasionam o amolecimento e lesão nas raízes dos dentes.

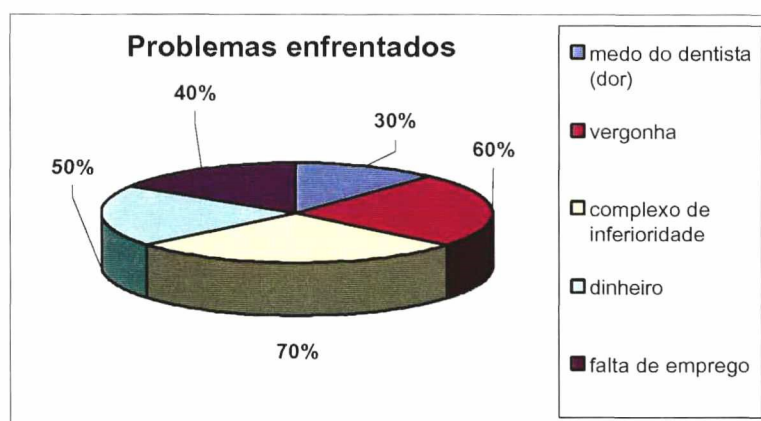
PINTO (1996) explica que este quadro é comum em periodonite e gengivite, patologias estas que em caso grave geram o amolecimento e a perda dos dentes, ocasionando o edentulismo devido ao inchaço e sangramento gengival.

HUNGRIA (1997) enfatiza a importância do periodonto como estrutura que sustenta os dentes, e em casos de periodontite (piorréia) é responsável por 80% dos casos de perdas dos dentes em pacientes depois dos 45 anos, agravadas quando há ocorrência de distúrbios nutricionais. (HUNGRIA, 1997)

Além disso, encontramos o problema da qualidade de vida desses

pacientes, as quais já se encontram com déficit devido à sua condição social, tornando-se agravada a partir da incidência de doenças dentárias. Sabendo-se que a peridontite ocasiona sangramentos gengivais, má aparência, gosto desagradável, mau hálito e dificuldade na mastigação. Razão esta que houve elevada incidência para posterior colocação da prótese total, o alívio por finalmente poder mastigar novamente.

GRÁFICO 3 – PROBLEMAS ENFRENTADOS ANTES DE COLOCAR A PRÓTESE



O gráfico acima demonstra que a amostra dos pacientes além de possuírem pouco recurso financeiro, gerando a problemática de falta de dinheiro, estavam com problemas psicológicos, devido ao complexo de inferioridade e a vergonha de mostrar o estado que se encontravam os seus dentes.

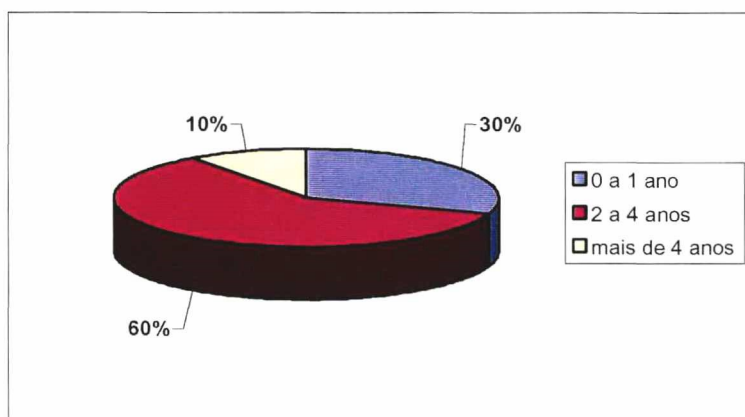
Segundo MASLOW (1985), as necessidades básicas devem ser satisfeitas com prioridade, visto, estas constituírem a base para a formação das outras necessidades, ou seja, a base da pirâmide de Maslow. Portanto, o indivíduo não se sente motivado em sua necessidade básica, tornando essa força motriz



mais fraca ainda quando relacionada a outros tipos de necessidades, principalmente, as relacionadas ao relacionamento pessoal e no trabalho. Segundo WOLF (1998), a incidência então, de início de processo depressivo pode ser deflagrado por este fator, fazendo então com que o indivíduo se isole e torne-se apático à incentivos externos, em casos mais graves pode ocasionar fobias e quadros patológicos mais profundos como a esquizofrenia e a psicose.

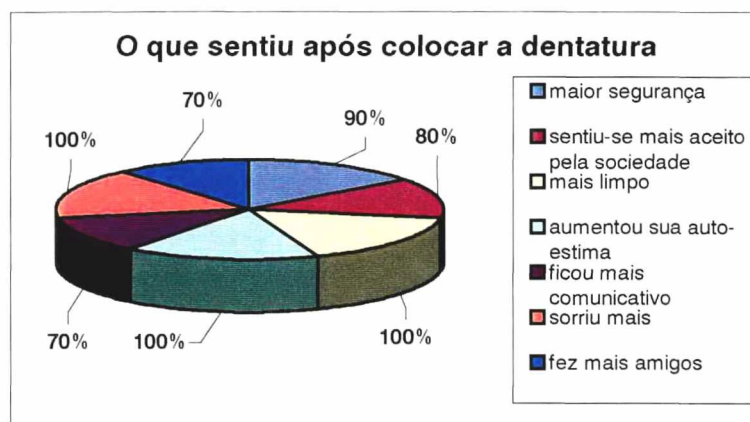
Corroborando com o pensamento de MASLOW (1985), WOLF (1998) explicita que a baixa da auto-estima é prejudicial à socialização e a satisfação das necessidades básicas do indivíduo. Ocasionalmente como demonstra o gráfico atraso no tratamento, acarretando perda total dos dentes.

GRÁFICO 4 – QUANTO TEMPO USA PRÓTESE TOTAL



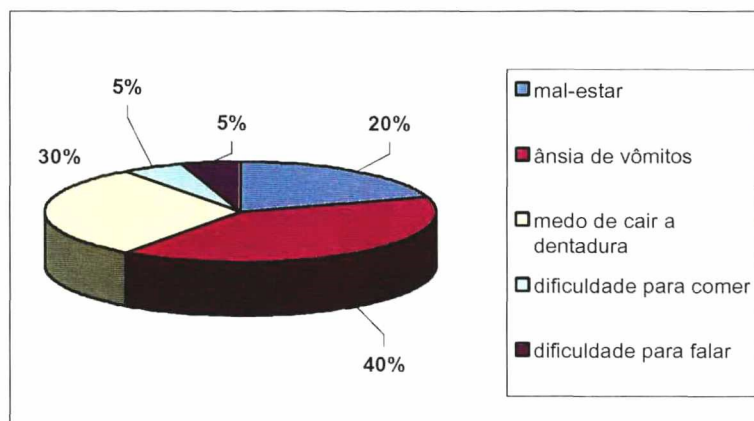
No gráfico acima, a maioria dos pacientes encontravam-se utilizando a prótese de 2 a 4 anos, caso este explicado devido a amostra constituir-se de pacientes cadastrados na clínica odontológica num período de 5 anos.

GRÁFICO 5 – A NÍVEL PESSOAL O QUE VOCÊ SENTIU APÓS COLOCAR A DENTADURA



Conforme o gráfico acima, os pacientes em sua maioria se sentiram mais satisfeitos com a colocação da prótese total, num total de 100% em relação a sensação de sentir-se mais limpos, elevando a auto-estima e sorrindo mais. Diagnóstico este importantíssimo para a pesquisa, pois enfoca a existência de satisfação após a colocação da prótese total, visto alguns resultados demonstrarem que os pacientes sentiram: “mais limpos”, muito em virtude do mau cheiro, gosto e aparência dos dentes inflamados; “sorrir mais”, sinal que estes se sentiram mais felizes e livres para expressarem suas emoções; “aumento da auto-estima” e “maior segurança”, o passo básico para a satisfação das necessidades básicas de Maslow e para os fatores higiênicos de Herzeberg, assim elevando o processo de motivação; “mais aceito pela sociedade”, essa questão é fundamental, pois revela o preconceito gerado anteriormente, devido à má aparência e sentimentos negativos que norteavam o paciente e àqueles com quem convivia.

GRÁFICO 6 – SENSAÇÕES DURANTE O PERÍODO DE ADAPTAÇÃO COM A PRÓTESE TOTAL

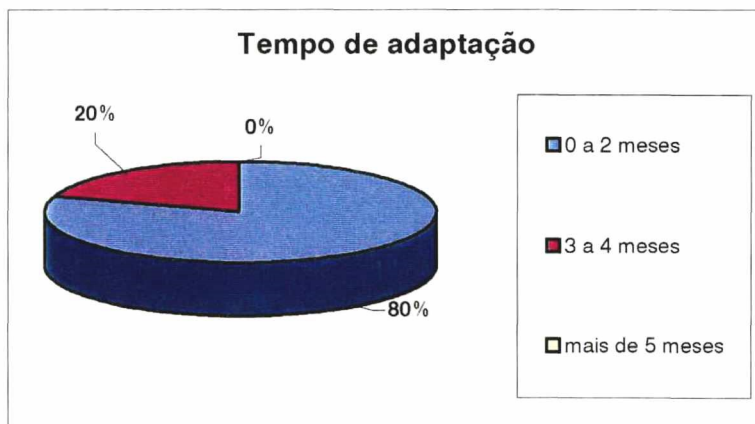


Conforme o gráfico a amostra sentiu durante o período de adaptação com a prótese total, na sua maioria ânsia de vômitos, mal-estar e medo de cair a dentadura.

Dados estes naturalmente explicados pela forma na qual é colocada a prótese, atingindo o palato cuja reação instintiva é o enjôo e o mal-estar.

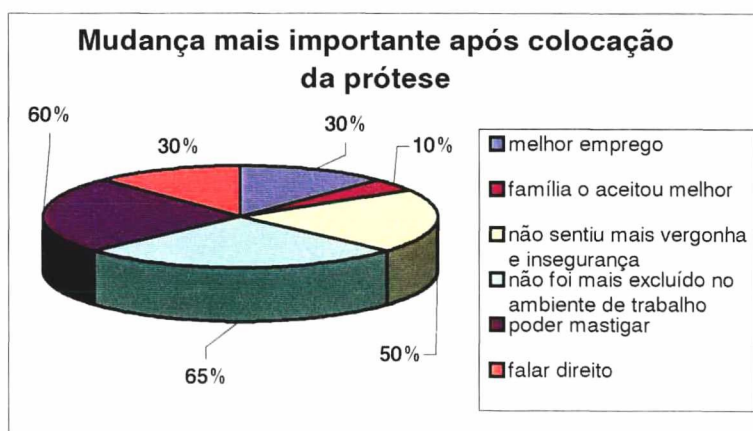
O medo de cair a dentadura decorre da sensação desta encontrar-se aparentemente “solta” no palato do paciente, reação normal na fase de adaptação, a qual pode ser corrigida com o uso de fixadores. Dados estes que são corroborados por VELLINI (1999), VERVOORN (1991) e RAHMTULLA (1982).

GRÁFICO 7 – QUANTO TEMPO DEMOROU PARA SE ACOSTUMAR COM A PRÓTESE



O período de tempo para adaptação do indivíduo com a prótese total é de na média 2 meses, conforme VELLINI (1999), razão esta que a maioria dos indivíduos obtiveram êxito no processo adaptativo nesse período. Fato este comprovado via gráfico 7, demonstrando ainda, o fato de não ultrapassar os 5 meses, o qual encontra-se sem ocorrência durante o período desconfortante de adaptação.

GRÁFICO 8 – QUAL A MUDANÇA MAIS IMPORTANTE EM SUA VIDA APÓS A COLOCAÇÃO DA PRÓTESE



O gráfico 8 demonstra elevação no nível de qualidade de vida, após a colocação da prótese na amostra. A maioria dos pacientes sentiu melhora no ambiente de trabalho, aumento de auto-estima, e, prazer ao hábito de comer e falar. O fator rejeição foi excluído da vida desses indivíduos, implicando na elevação de segurança e do seu processo de comunicação interpessoal, diminuindo a sua apatia e processo depressivo, tornando-os mais seguros quanto à revelar sua opinião e poder enfrentar as pessoas de forma mais aberta.

Fatos estes explicados tanto por MASLOW (1995), WOLF (1998), COLL et al. (1995), AMADEO (1996) e VIANA (1999), quanto ao aumento de qualidade de vida no trabalho de indivíduos que se sentem mais motivados, podendo exercer funcionalmente a área da boca, sentindo maior prazer ao comer e comunicar-se, retornando ao ambiente social e de trabalho com maior segurança pessoal.

### **3.8 Recomendações aos Pacientes Edêntulos**

Apesar do que muitas pessoas pensam, a perda dos dentes com o passar do tempo não é algo normal. Pelo contrário, é sinal de descaso com a saúde bucal. Os dentes naturais podem, com o devido cuidado, permanecer ao longo de toda vida. Contudo, com o passar dos anos, os sinais da idade podem ser percebidos: rugas, dores que antes não existiam e o surgimento dos cabelos brancos são apenas alguns desses. Na boca também ocorrem mudanças. Para

manter a saúde da boca, os idosos devem ter consciência dessas mudanças.

Escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia, utilizar o fio dental, e visitar o dentista regularmente são medidas simples, que se aplicam à todas as faixas etárias, e que ajudam na prevenção da maioria dos problemas comuns à idade.

No caso de pacientes edêntulos que utilizam a prótese total, estes devem ter cuidado especial na higienização da prótese. O período mais freqüente de higienização dos pacientes acontece após as refeições e, os materiais mais utilizados são: escova dental e dentífrício.

Os pacientes devem ser orientados que para limpeza da dentadura nunca se deve utilizar água quente; e também pode ser orientado quanto a uma solução para deixá-la de molho, usando para tanto:  $\frac{1}{2}$  copo de água e 1 colher de *hipoclorito de sódio*, deixando a dentadura de molho por aproximadamente 30 minutos e, depois escová-la. Isto evita o odor desagradável. Também deverá escovar os tecidos bucais e a língua. O cuidado higiênico apropriado às dentaduras é importante meio de manter saudável a mucosa oral, caso contrário podem aparecer placas do lado interno da superfície da dentadura, ocasionando estomatite, hiperplasia inflamatória e candidíase.

Os pacientes devem compreender que a placa microbiana na dentadura pode ser prejudicial para a mucosa oral e a saúde geral do paciente. É de responsabilidade do paciente manter a higiene oral através da rotina diária dos cuidados caseiros. É de obrigação do dentista manter e instruir o paciente sobre os cuidados necessários para controle da placa, contribuindo para uma odontologia preventiva e para um melhor prognóstico do trabalho executado.

## 4 CONCLUSÕES

A presente pesquisa demonstrou satisfação dos seus objetivos, os quais visavam identificar as causas do edentulismo, bem como, o fato do aumento da qualidade de vida dos pacientes que utilizaram as próteses totais.

O que parecia no passado ilógico e empírico, hoje em dia faz lógica, só que agora com respaldo científico. Sendo assim, não é inconcebível associar a boca ao corpo humano, e, por conseguinte, associar infecções presentes na boca, tais como a cárie dental e a as doenças periodontais (gingivais), à condições sistêmicas presentes no hospedeiro.

O que as pessoas em geral, precisam entender, é que os cuidados para com a saúde oral, vão além da cavidade bucal. Se alguém está preocupado (a) em lidar com problemas periodontais e por conseguinte evitar a mobilidade do dente, ou eventual perda do dente, esta é sem dúvida uma preocupação real. No entanto, a simples preservação do dente com saúde pode ter implicações mais profundas na saúde geral daquele indivíduo.

A amostra pesquisada possui nível sócio econômico baixo e a inexistência de cultura quanto à higiene bucal. Esse quadro implica diretamente nas conseqüências do uso da prótese total desses pacientes, pois, as mesmas possuem além dos efeitos colaterais, demonstrados pela amostra, como mal-estar, dificuldade no falar, dificuldade de mastigação e principalmente, enjôos devidos ao contato da prótese com o palato, pode ainda ocasionar lesões gengivais. Lesões estas que propiciam o aparecimento de infecções e inflamações, risco este maior quando associado à falta de higiene e, pela não procura de orientação odontológica profissional para averiguação semestral do

processo adaptativo da prótese total.

Os riscos do uso da prótese total encontram-se relacionados à alteração da mastigação surgindo danos à ATM e dificultando a mastigação, câncer bucal, processos infecciosos e inflamatórios, alteração da fala, cardiopatias devido à incidência de infecções bucais, entre outras. A prótese total possui inúmeras recomendações de uso, prioridade esta de suma importância para atenuação dos efeitos colaterais e na minimização dos riscos provenientes do seu uso.

Uma das alternativas para evitar os riscos seria a utilização de implante dentário, o qual não possui efeito colateral, sendo necessário apenas seis implantes para efetuar uma restauração da arcada dentária. O implante no Brasil possui um custo muito elevado, devido ao material ser especializado e à confecção da prótese sob os mesmos, valores estes que são incrementados conforme a qualidade do material a ser utilizado, ou seja, quanto melhor o material mais oneroso se torna o tratamento. Portanto, esta alternativa encontra-se inacessível à maioria da população brasileira, a qual enquadra-se no perfil da amostra pesquisada.

Os objetivos da presente pesquisa foram satisfeitos durante a pesquisa bibliográfica e de campo, especificando que o edentulismo na amostra pesquisada é ocasionado na sua maioria, por periodontites provocadas por falta de higiene e má nutrição. A partir do momento que o indivíduo da amostra se encontrou edêntulo, decorreu um processo de degradação do seu nível de qualidade de vida, caracterizado pelo complexo de inferioridade demonstrando rejeição externa. Quadro este revertido após a colocação de prótese total, com



extinção dos sentimentos negativos que prejudicavam a satisfação das necessidades básicas no indivíduo da amostra.

Conclui-se a nível profissional, que a pesquisa de campo demonstrou o tipo de cultura existente no Brasil com relação à prática odontológica, a qual se encontra defasada e arcaica, principalmente no que concerne à questão da manutenção dos dentes e seus respectivos cuidados. A maioria dos indivíduos também por sua questão sócio-econômica, não possui a noção de higienização básica dos dentes, considerando-os, conforme entendimento durante a aplicação dos questionários, meros auxiliares no processo de deglutição, os quais podem ser substituídos por “dentaduras”, lembrando ainda, que a sua existência apenas é vista quando ocorre um quadro de dor (incômodo geral), facilmente resolvível com um analgésico ou retirada total do dente.

Desta forma, a pesquisa de campo mostrou-se satisfatória quanto ao aumento de qualidade de vida dos pacientes com o uso das próteses totais e quanto à oportunidade de orientar estes pacientes quanto à importância da correta higienização da prótese total e principalmente, do correto tratamento e atenção a serem dadas aos dentes.

Portanto, como recomendação, a presente pesquisa sugere a real eficiência da prótese total, a qual conforme literatura científica, apresenta a exclusão de inflamações gengivais, devido à higienização incorreta, bem como, falhas ou necessidades de adaptações nas próteses, as quais devem ser observadas rotineiramente, pelo menos de seis em seis meses, casos estes, que averiguados junto à pesquisa de campo, os pacientes não apareceram na clínica (nenhum) após a colocação das próteses. Obviamente esta demonstrada

pelo fato de que a higienização bucal não é consciente na maioria dos indivíduos efetuada de forma correta e eficaz, ainda menos, quando no caso das próteses totais.

Recomenda-se também aos pesquisadores da área, um estudo futuro com uma amostra de indivíduos de maior poder aquisitivo, cultural e intelectual, a fim de identificar os efeitos da prótese total e suas conseqüências, relacionadas comparativamente ao uso de implantes totais. Amostra esta que consiga exprimir e seguir corretamente as recomendações do odontologista, demonstrando através de dados estatísticos qualitativos/quantitativos e bibliográficos, a importância dos implantes totais quando relacionados ao aumento da qualidade de vida do paciente em comparação ao uso das próteses totais (dentaduras).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADEO, Edward, J. **Reflexões sobre o Trabalho no Brasil**. O Estado de São Paulo, Caderno de Economia, 13 julho de 1999.

ARMITAGE, G.C. & VAN DYKE, T.E. Periodontal diseases of children and adolescents. **J.Clin.Periodont.** 67: 57-62, 1996.

BAILIT, H.L. - Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults ? - **J Am Dent Ass** 114:40-5, 1987.

BARR-AGHOLME, M., MODÉER, T. & LUTHMAN, J. Immunohistological study of neuronal markers in inflamed gingiva obtained from children with Down's syndrome. **J.Clin.Periodont.** 18: 624-33, 1991.

BERQUÓ, E. Algumas Considerações demográficas sobre o Envelhecimento da População do Brasil. In **Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século**. Brasília, 1-3 de julho de 1996.

CABRAL, F.C., Periodontia na primeira infância. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Ed. Santos, 1998, p. 355-88.

CAHEN, P.M. & cols. A survey for reasons for dental extractions in France. **J Dent Res** 64: 1087-93, 1985

CARLSSON, G.E. Masticatory efficiency: the effects of age, the loss of teeth and prosthetic rehabilitation - **Int. J. Dent.** 34:93-7, 1984

CARRANZA, F.A. **Glikman`s Clinical Periodontology**. 6a ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1984, p 309-41.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. São Paulo: Makron Books, 1983.

COLL, César; PALÁCIOS, Jesús; MARCHESI, A. (orgs) **Desenvolvimento psicológico e educação**. Psicologia Evolutiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CREAMER, P. *et al.* Clinical manifestations of Sjögren's syndrome. **UpToDate**, v. 7, n.3, 1999.

DOHERTY, S.A. & colls. The oral hygiene performance test: development and validation of dental dexterity scale for the elderly. **Spec Care Dent** 14(4):144-52, 1994.

DUL, Jan; WEERDMEEESTER, Bernard. **Ergonomia prática**. São Paulo: Edgard Blucher, 1995. 147 p.

FOX, P.C. *et al.* Sjögren's Syndrom: a model for dental care in the 21<sup>st</sup> century. **Journal of American Dental association**, v.129, n.6, p.719-727, 1998.

GEISSLER C.A. & BATES J.F. The nutritional effects of tooth loss. *Am. J. Clin. Nutr.* 39: 478-89 - 1984

GENCKO, R.J. Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol* 1996; 67: 1041-1049.

GLICKMAN, I. **Clinical Periodontology**. 3 ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co., 1964.

GORDON, S.R. Survey of dental need among veterans with severe cognitive impairment. *Gerodontology*. 4:158-9, 1988

GRYMONPRE, R. & GALAN, D. Challenges associated with drugs use in the elderly: implications for dentistry. *J. Can Dent Assoc.* 57:203-7, 1991

HASTÜRK, H. et al. A case of chronic severe neutropenia: oral findings and consequences of short-term granulocyte colony-stimulating factor treatment. *Aust. Dent. J.* 43: 9-13, 1998.

HUGOSON, A.J. Frequency distribution of individuals aged 20- 70 according to severity of periodontal disease. *Community Dent Health* 3:19-39, 1982

HUNGRIA, Helio; *Otorrinolaringologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.

KAPUR, K.K. & SOMAN, S.D. Masticatory performance and efficiency in denture wearers. *J. Prosthet. Dent.* 14:687-94, 1964.

KITAMURA, M. & cols. Predictors of root caries in the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 14:34-8, 1986.

LASCALA, N. R. *Periodontia Clínica*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1980.

LAURIN, D. & cols. Nutritional deficiencies and gastrointestinal disorders in edentulous elderly. *Am J Clin Nutr* 58(9):738- 40,1992.

LEHNER, T. **Imunologia das Doenças da Boca**. 3. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1996.

LEVY, S.M. & cols. Use of medications with dental significance by a non-institutionalized elderly population. *Gerodontology* 4:119-25, 1988.

LEWIS, I.K. & cols. Use of medications with potential oral adverse drug reactions in community-dwelling elderly. *Spec Care Dent.* 13(4): 171-76, 1993.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontologia Clínica**. São Paulo: Interamericana, 1999.

LIPP, M. (Org.) **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 1999.

LOCKER, D. & cols. Prevalence of and factors associated with root decay in older adults in Canada. *J Dent Res.* 68(5) 768- 72, 1989.

LOESCHE, W.J. **Cárie Dental - Uma Infecção Tratável**. Trad. TELES, J.C.B.; UZEDA, M. & ARAÚJO, W.C. (coord.), Rio de Janeiro, Ed. Cultura Médica, 1993.

MANDEL, I.D. The Role of Saliva in Mantaining Oral Homeostais - Journal of American Dental Association. 119:298- 304, 1989.

MARCUS, S.E. & cols - Prevalence and demographic correlates of thooth loss among the elderly in the USA - **Spec Care Dent.** 14(3):123-7, 1994.

MASLOW, A. **Uma Teoria da Motivação Humana**. Nova York, 1985.

MACLNNIS, W.A. - Oral health status and treatment needs of an insured elderly population. **J Can Dental Assoc.** 59(5):465-75, 1993.

MERSEL, A. & cols. Geriodontics: an epidemiologic perspective. **Spec Care Dentist.** 6:13-4, 1986.

MOLTZER, G.; VAN DER MEULEN, M.J.; VERHEIJ, H. Psychological characteristics of dissatisfied denture patients. **Community Dent Oral Epidemiol.** 24: 52-5, 1996.

MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odont.mod.** Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.11-13, jul./ago.1992.

MOTTER, Arlete Ana. **Qualidade de vida dos médicos militares**. Dissertação Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2001.

NAHAS, M.V. Revisão dos métodos para determinação dos níveis de qualidade de vida de diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** Londrina, v.12, n. 5, p. 27-37,2001.

NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1998.

NUTTIN, J. **Motivation et perspectiver d'avenir**. Bélgica: Presses Universitaires de Louvain, 1980.

OLEINISKI, José Carlos. Estudio de la saliva por sialometria en personas de la tercera edad institucionalizadas, com y sin Xerostomia. **Tesis doctoral**. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1999, 418 p.

PATRÍCIO, Z.M., et. al. (org) **Qualidade de vida do trabalhador - uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas**. Florianópolis: do autor, 1999.

PINTO, V.G. Índice de cárie no Brasil e no mundo. Porto Alegre: **RGO**, 44(1): 8-12, 1996.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4a. ed. São Paulo/SP: Santos, 2000.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal: Odontologia Social e Preventiva**. 3 ed. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1994. 415 p.

PROFFIT, W. R. **Ortodontia Contemporânea**. São Paulo: Pancast Editora 1991.

PRÓSPERO, F. C. **A entidade**. Disponível em [www.abqv.org.br](http://www.abqv.org.br). 17/06/2000

RAHMTULLA, A.A. Psychological considerations in complete denture services. **J. Indian Dent. Assoc.**, 54(1): 7-10, Jan., 1982.

REGEZI & SCIUBBA. **Patologia Bucal: Correlações Clínico-Patológicas**. Trad., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p.1-19.

RODRIGUES, M.V.C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

STEELE, J.G., WALLS, A., AYATOLAH, S.; MURRAY, J. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three english communities. **Brit.dent.J.** London, v.180, n.4, p.131-136, Feb.1996.

STRUBIG, W. & DEPPING, M. Coronal caries and restorations in an elderly population in Germany. **Community Dent Oral Epidem.** 20:235-8, 1992

TEN CATE, A.R. **Histologia Bucal, Desenvolvimento, Estrutura e Função**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara S.A., 1988.

TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica**. 2ª Ed., São Paulo: Ed. Premier, 1996, p. 89-103.

TOMASELLI, C.E. Pharmacotherapy in geriatric population. **Spec. Care Dent** 12(3):107-11, 1992

TURANO, J.C.; TURANO, L.M. **Fundamentos de Prótese Total**. Quintessence Publishing Co., Inc., 1989.

VELLINI, F., **Ortodontia, Diagnóstico e Planejamento Clínico**. 3a. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1999.

VERVOORN, J.M.; DUINKERKE, A.S.; LUTEIJN, F. VAN DE POEL, A.C. Relative importance of psychologic factors in denture satisfaction. **Community Dent Oral Epidemiol.**, 19 (1): 45-7, 1991.

VIANA, Marco Aurélio F.. **Motivação, liderança e lucro**. São Paulo: Gente, 1999.

VINCENT, J.R. & cols. The teaching of geriatric dentistry in Canada. **Journal of the Canada Dental Association**. 58(9): 731- 35, 1992

WISNER, A. **Por Dentro do Trabalho - Ergonomia: Métodos e Técnicas**. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 52 (4): 307-16, jul-ago, 1998.

## APÊNDICE

### Instrumento de Pesquisa – Questionário

- 1) Sexo
- Feminino ( )  
Masculino ( )
- 2) Idade
- 0-10 ( )  
11-20 ( )  
21-30 ( )  
31-40 ( )  
41-50 ( )  
51-60 ( )
- 3) Qual a causa do edentulismo (perda dos dentes)?
- queda súbita dos dentes ( )  
amolecimento dos dentes ( )  
dor contínua dos dentes ( )  
inchaço e sangramento gengival ( )  
Idade ( )  
falta de higiene ( )
- 4) Na época você trabalhava?
- Sim ( )  
Não ( )
- 5) Quais os maiores problemas enfrentados antes de resolver colocar prótese total?
- medo do dentista (dor) ( )  
vergonha ( )  
complexo de inferioridade ( )  
dinheiro ( )  
falta de emprego ( )
- 6) Há quanto tempo usa dentadura
- 0 a 1 ano ( )  
2 a 4 anos ( )  
mais de 4 anos ( )
- 7) Quais os maiores problemas enfrentados antes de resolver colocar prótese total?
- a nível pessoal ( )  
maior segurança ( )  
sentiu-se mais aceito pela sociedade ( )  
mais limpo ( )  
aumentou sua auto-estima ( )  
ficou mais comunicativo ( )

sorriu mais ( )  
fez mais amigos ( )

8) Quanto tempo demorou para acostumar ( )  
0 a 2 meses ( )  
3 a 4 meses ( )  
mais de 5 meses ( )

9) Durante o período de acomodação você sentiu:  
mal-estar ( )  
ânsia de vômitos ( )  
medo de cair a dentadura ( )  
dificuldade para comer ( )  
dificuldade para falar ( )

10) Qual a mudança mais importante em sua vida após ter colocado a dentadura?  
melhor emprego ( )  
família o aceitou melhor ( )  
não sentiu mais vergonha e insegurança ( )  
não foi mais excluído no ambiente de trabalho ( )  
poder mastigar ( )  
falar direito ( )

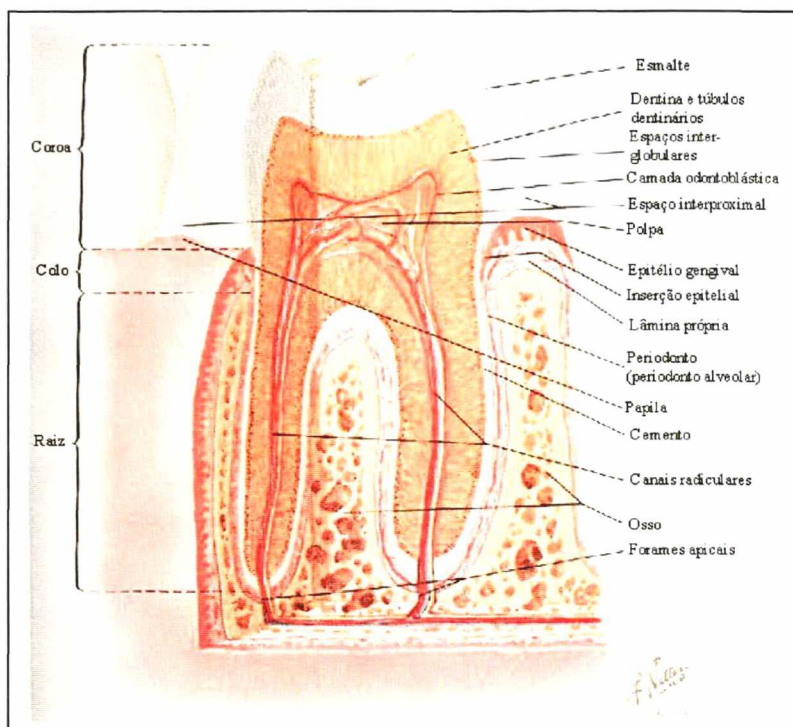


## ANEXO

### Composição e formação dos dentes

Os dentes são constituídos de tecidos calcificados e não calcificados, os primeiros são o esmalte, a dentina e o cimento, e a parte não calcificada localizada centralmente é chamada de polpa dentária (TURANO, 1989), conforme demonstra a Figura 1.

Os dentes iniciam a sua formação por volta da sexta semana de vida intra-uterina, a partir do aparecimento de uma estrutura epitelial denominada de lâmina dental. Os germes dentários da dentição permanente formam-se a partir de projeções individuais da lâmina dental, aproximadamente no quinto mês. A coroa do dente surge antes que se inicie a formação da raiz. A produção da dentina precede a do esmalte e exerce sobre as células formadoras de esmalte uma ação indutora, assim como o contato íntimo dos amebloblastos com a papila dentária é considerado como estímulo para a diferenciação dos odontoblastos e início da odontogênese. Em torno do esmalte e da papila encontra-se o saco dentário fibroso que, em última instância, transforma-se em ligamento periodontal no adulto que cerca a raiz e o folículo dental que envolve a coroa. Na estrutura do dente, o esmalte é a porção externa da coroa, sendo ainda, o tecido mais duro do corpo atingindo no recém-nascido a proporção de 96% de substância inorgânica, principalmente o fosfato ácido de cálcio. (HUNGRIA, 1997)



FONTE: NETTER (1998, p. 35)

FIGURA 1 – O DENTE E SEUS COMPONENTES

Segundo HUNGRIA (1997), a dentina é a parte interna da coroa e das raízes, formada por 70% de substância inorgânica e 18% de substância orgânica.

A polpa é o único tecido conjuntivo frouxo no dente, situada num compartimento central da dentina coronária, chamada de câmara pulpar, continuando-se pela raiz, chamada de canal pulpar. Pelo forâmen do ápice radicular penetra um rico suplemento vascular e nervoso juntamente com a drenagem linfática, distribuindo-se pela polpa dentária. Com o envelhecimento do indivíduo, ocorrem alterações pulpares regressivas indolores tal como a fibrose atrófica reticular e as calcificações.

Segundo (TURANO, 1989), a região que rodeia o ápice radical onde se

abre o forâmen apical é denominada de área periapical. A polpa continua através do ligamento periodontal, o tecido conjunfo fibroso que prende o dente ao alvéolo. Os vasos sanguíneos passam do ligamento periodontal para o espaços medulares através de canais vasculares que perfuram o osso alveolar, tornando-se o caminho para difusão de uma infecção da polpa ao ligamento periodontal e ao osso alveolar e, menos freqüentemente, para uma infecção hematógena que envolve a polpa dentária. Durante a vida, os fibroblastos do ligamento periodontal, diferenciam-se para formar o cimento da raiz e o osso do alvéolo.

## GLOSSÁRIO

**Aparelho estomatognático** – Formado por todas as estruturas anatômicas que compreendem a boca.

**Antiarrítmicos** – Medicamento que elimina qualquer desvio da normalidade do ritmo das contrações cardíacas.

**Atresiado** - Diminuição do diâmetro.

**Atrição** – Desgaste provocado pelo atrito.

**Bruxismo** – Ação de ranger os dentes durante o sono.

**Edema** – Acúmulo anormal de líquido em espaço intersticial extracelular, havendo, entretanto, exceções, no caso do sistema nervoso central, em que se produz, também, em situação intracelular.

**Endodontia** – Tratamento de canal.

**Hipossalivar** – Diminuição da produção de saliva.

**Neutropenia** – Diminuição absoluta do número de neutrócitos circulantes no sangue.

**Periodontia** - Tratamento dos elementos de sustentação do dente (osso, ligamento e gengiva)

**Piogênica** – Que gera pus.

**Relação Cêntrica – RC** – Correto posicionamento de ambas as arcadas dentárias em oclusão.