

EDENTULISMO PARCIAL: CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS EM ADULTOS E IDOSOS EM RIO BRANCO – ACRE EM 2019.

PARTIAL EDENTULISM: BIOPSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES IN ADULTS AND ELDERLY PEOPLE IN RIO BRANCO – ACRE IN 2019.

Ana Carolina Almeida Pena¹, Drisana Nogueira Vera dos Santos¹, Gabriela Bezerra Rocha^{1*}, Thainá Jacinta Carvalho¹, Eufrasia Santos Cadornin², Italla Maria Pinheiro Bezerra³

1. Odontologia. Centro Universitário Uninorte, AC, Brasil
2. Docente do Centro Universitário Uninorte. Servidora da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, AC, Brasil.
3. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, ES, Brasil.

***Autor correspondente:** gabrielar393@gmail.com

RESUMO

Introdução: O edentulismo é caracterizado pela perda parcial ou total dos elementos dentários nos indivíduos, influenciando o cotidiano da vida das pessoas, em seus aspectos biopsicossociais. **Objetivo:** Avaliar os impactos biopsicossociais causados pela perda precoce dos dentes anteriores. **Método:** Pesquisa de campo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Foram incluídos na amostra 15 usuários das Unidades de Referência da Atenção Primária no município de Rio Branco-Acre. A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2019. Para organização e análise dos dados, o estudo foi orientado pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** As evidências demonstram que na percepção de adultos e idosos, a perda precoce dos elementos dentários está relacionada a doença cárie, uso de antibióticos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. O edentulismo afetou negativamente a autoestima, relações interpessoais, além das consequências biológicas como a dificuldade na mastigação. **Conclusão:** As perdas dos dentes anteriores causam vários problemas biopsicossociais, tais como problemas na mastigação, isolamento social, vergonha de sorrir e sentimento de tristeza, que poderiam ser evitados com promoção e prevenção de saúde bucal.

Palavras-chaves: Edentulismo. Causas. Consequências.

ABSTRACT

Introduction: Edentulism is characterized by partial or total loss of dental elements in individuals, influencing the daily life of people, in their biopsychosocial aspects. **Objective:** To evaluate the biopsychosocial impacts caused by the early loss of the anterior teeth. **Method:** Field research of descriptive nature, with qualitative approach. A total of 15 users of Primary Care Reference Units were included in Rio Branco-Acre municipality. Data collection was performed from March to April 2019. For data organization and analysis, the study was guided by the Bardin Content Analysis technique. **Results:** Evidence shows that in the perception of adults and the elderly, early loss of dental elements is related to caries disease, use of antibiotics and difficulties in accessing health services. Edentulism negatively affected self-esteem, interpersonal relationships, and biological consequences such as difficulty in chewing. **Conclusion:** Loss of anterior teeth causes several biopsychosocial problems, such as problems in chewing, social isolation, shame of smiling and feelings of sadness, which could be avoided with promotion and prevention of oral health.

Keywords: Edentulism. Causes. Consequences.

INTRODUÇÃO

O edentulismo, caracterizado pela perda total ou parcial dos dentes, pode ser considerado como um dos principais problemas de saúde bucal, refletindo na qualidade das condições de saúde da população de um determinado local, evidenciando o acesso aos serviços de saúde bucal e as práticas predominantes¹. Os impactos nocivos na vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública, pois o edentulismo traz como consequências, não só problemas de saúde e estéticos, mas também psicológicos e sociais².

No Brasil, a média nacional de número de dentes perdidos para o grupo etário de 35 a 44 anos é de 7,4 sendo que a média de Rio Branco é a maior do Brasil, com 13,6³. A perda precoce de dentes anteriores, influenciam nos aspectos biopsicossociais das pessoas, compreendendo o corpo como um sistema biológico que é afetado por vários aspectos, dentre eles, a religião, a ocupação, o grupo familiar, a classe e outros intervenientes sociais e culturais².

Nesse contexto, é necessário considerar que a boca desempenha funções biológicas como a mastigação, além de funções sociais como falar, sorrir e comunicar, possibilitando proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas,

sendo instrumento de comunicação externa⁴.

O estudo se propôs a identificar os problemas biopsicossociais ocasionados pelo o Edentulismo Parcial em adultos e idosos atendidos nas Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) no município de Rio Branco-Acre no ano de 2019, na perspectiva destes usuários, possibilitando a compreensão das adversidades causadas à sociedade edêntula, problemas estes que, algumas vezes não são considerados quando do atendimento odontológico, minimizando um dos princípios essenciais do Sistema Único de Saúde, a integralidade da atenção.

MATERIAL E MÉTODO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Refere-se a uma pesquisa de campo de natureza aplicada e abordagem qualitativa, buscando compreender os impactos biopsicosociais decorrentes do edentulismo parcial em adultos e idosos em Rio Branco – Acre.

A pesquisa foi orientada segundo as diretrizes internacional de acordo dos critérios consolidados para pesquisa qualitativa (COREQ), observando os 32 itens do checklist (Anexo I).

CENÁRIO DA PESQUISA

Desenvolvida no município de Rio Branco – Acre, no período de março a abril de 2019, a pesquisa foi realizada com os usuários adultos e idosos que realizaram atendimento odontológico nas Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos de pesquisa incluídos na amostra selecionados por conveniência, amostra não probabilística ou intencional. Os critérios de inclusão foram adultos e idosos com perda dos elementos dentários anteriores. Foram excluídos os usuários com edentulismo total, perda de um ou mais elementos na região posterior ou usuários com a dentição completa. Aplicados os critérios de inclusão, foram entrevistados 15 usuários, distribuídos nas sete unidades de referência, considerando a saturação nas falas.

COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, onde os dados foram coletados individualmente em espaço reservado com a presença do sujeito da pesquisa e o pesquisador, com duração média de 15 a 30 minutos, com o uso de

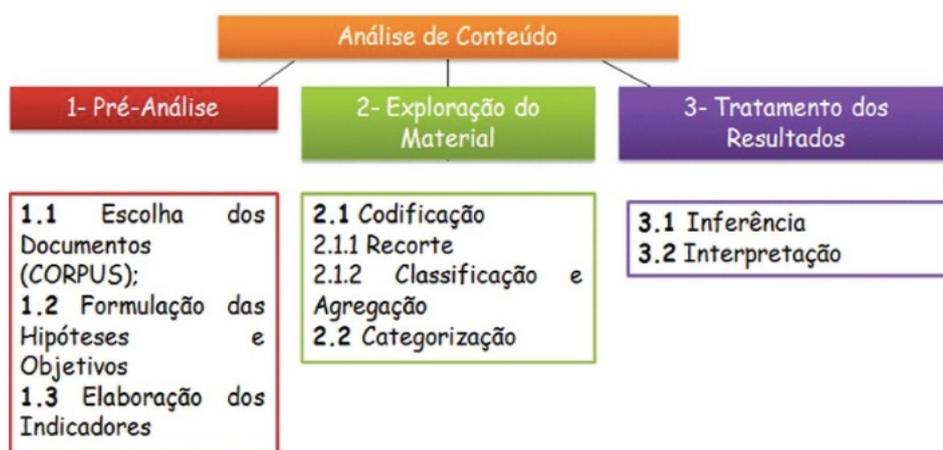
gravador, além do diário de campo para registros durante e após a entrevista, as quais foram realizadas pelas então acadêmicas por Ana Carolina Almeida Pena, Drisana Nogueira Veras dos Santos, Gabriela Bezerra Rocha, Thainá Jacinta Carvalho, acadêmicas do curso de bacharelado em Odontologia, sob supervisão da professora Ma. Eufrasia Santos Cadorin, orientadora da pesquisa, as quais foram responsáveis pela transcrição e codificação do material.

Previamente ao início da coleta de dados, a equipe de pesquisa foi qualificada para a realização das entrevistas e tratamento dos dados, por meio de uma oficina desenvolvida no Laboratório de Práticas de Pesquisa Científica do Centro Universitário Uninorte, onde foram abordadas as técnicas e procedimentos a serem utilizados, considerando o método de estudo proposto.

PROCEDIMENTOS DE ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Como método para organização e interpretação optou-se pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin⁵ (figura 1), a qual envolve um conjunto de técnicas de análise temática das comunicações.

Figura 1: Passos metodológicos da Análise de Conteúdo fundamentada por Bardin.



Fonte: Researchgate.net (2018).

As entrevistas foram transcritas e organizadas, pelas acadêmicas, seguindo rigorosamente as etapas da técnica, quais sejam a pré-análise, exploração e codificação do material e tratamento e interpretação dos resultados, assim compreendidas:⁵

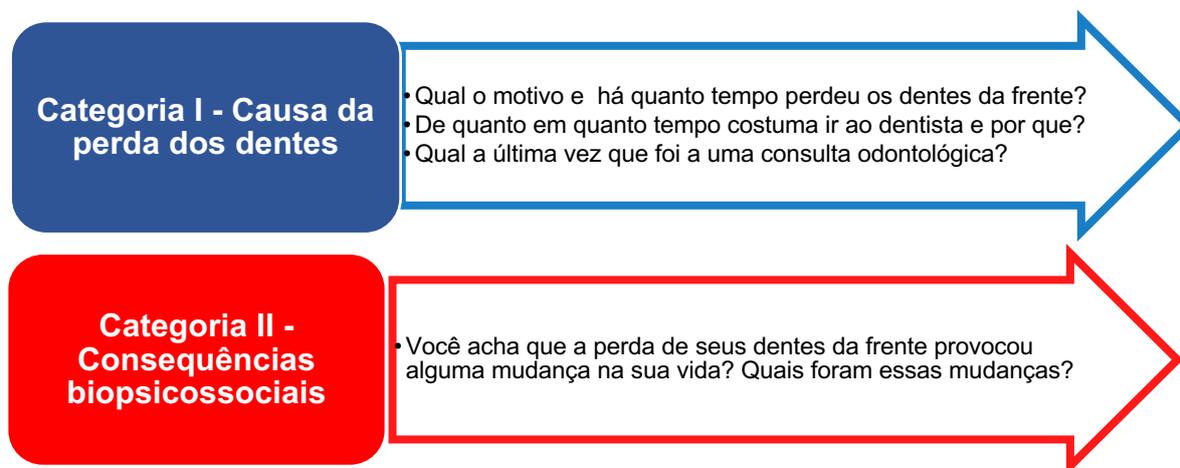
- (1) Pré-análise: fase da organização propriamente dita, que permite a sistematização inicial das ideias para formulação de hipóteses e objetivos para a interpretação final. Nesta fase, foi realizada a leitura flutuante e constituição do **CORPUS**.
- (2) Exploração do material: consiste na codificação, decomposição e enumeração, considerando as regras previamente formuladas.

- (3) Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, para posteriores inferências.

Preparação do *CORPUS* do estudo

O material gravado nas entrevistas foi transcrito na sua totalidade, incluindo todos os elementos das falas seguindo as questões norteadoras do roteiro de entrevistas. A seguir as entrevistas foram consolidadas e organizadas em quadros no programa *Microsoft Word*, correlacionado as questões aos objetivos iniciais propostos no estudo, os quais originaram as pré-categorias temáticas, a partir da leitura flutuante, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Fluxograma com as pré-categorias temáticas e questões norteadoras da pesquisa. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.



O **CORPUS** do estudo é entendido como um conjunto de documentos expostos à análise para as inferências, com os fragmentos de alguns depoimentos, os quais são, apresentados na Tabela 01. O estudo foi orientado pelos seguintes objetivos: 1) Identificar o perfil sócio demográfico dos pacientes com perdas dos dentes anteriores; 2) Descrever as causas da perda de dentes anteriores nos

pacientes do estudo; e 3) Avaliar as consequências biopsicossociais da perda de dentes anteriores, os quais determinaram duas categorias temáticas analisadas no estudo, além da caracterização dos participantes do estudo. Para garantir o sigilo dos participantes das pesquisas, foi utilizado o código (U) seguido de um número que corresponde à ordem de transcrição das entrevistas.

Tabela 1: *Corpus* do estudo: fragmentos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, relacionados às categorias temáticas. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.

Corpus do estudo referente ao objetivo: Descrever as causas da perda de dentes anteriores.	Corpus do estudo referente ao objetivo: Avaliar as consequências biopsicossociais da perda de dentes anteriores.
<i>“é porque assim começava a chupar bombom né, ai foi furando um e eu não fui procurar o posto ne, ai foi estragando um e depois o outro ne, ai fui adiando e eu não cuidei né, ai foi caindo, ai foi agravando [...]” (U 01)</i>	<i>“muitas, vishe maria Deus me livre, muita muita mesma, e eu to aqui que se possível eu nem saia de dia só de noite. A autoestima fica baixa, tenho vergonha de sair de casa, eu saio de casa só de noite.” (U 01)</i>
<i>“[...] não porque eu quis arrancar tudo pra por a chapa, o dente estava feio, ele foi ficando mole e furado” (U 04)</i>	<i>“muito complicado, faz uma falta muito grande, muito difícil você se adaptar com isso, por mais que a gente troque sempre não é a mesma coisa, as vezes da vergonha de sorrir e escorregar ne” (U 05)</i>

“[...] olha como a gente morou muitos anos no interior, não tinha a possibilidade para o tratamento, ai quando eu vim pra cidade não dava mais pra cuidar. (U 05)

“todos os dentes prejudicou, com certeza. Ah, tristeza porque fica feio né? A pessoa ficar tão bonita, ter os dentes tão bonitos, saudável, tão lindo ne?.” (U 08)

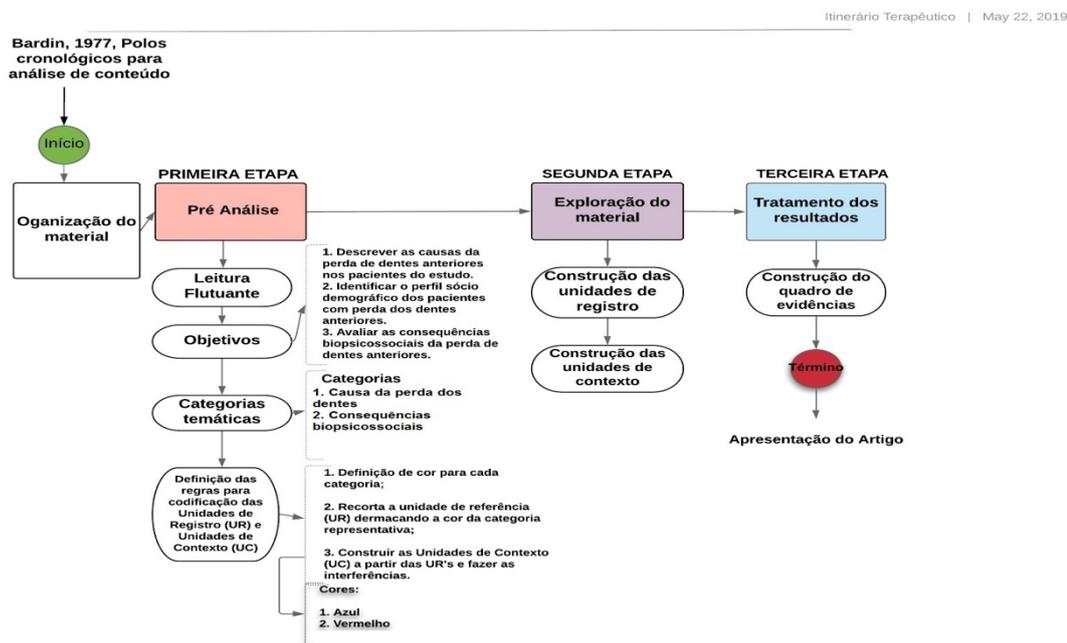
“mas foi por conta da droga né, eu usei droga por muito tempo, comecei com 16 anos e vim parar agora tem 2 anos e meio [...] (U 14)

“mesmo, ficou muito esquisito. Na verdade, os meus dentes a metade deles são todos pela metade né? devido o uso de muita droga, eu mordia e eles são muito sensíveis, ai ficou tudo pela metade, foi muito triste quando eles ficaram assim. Sinto, na verdade pelos de cima não, porque tenho uma “peça”, mas os de baixo da pra ver que é desigual” (U 14)

Considerando as etapas da análise de conteúdo, foi construído o fluxograma do estudo, que apresenta todo o processo da Análise de Conteúdo de Bardin,

relacionando os objetivos do estudo às categorias temáticas definidas e apresentando as regras utilizadas na codificação das unidades (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da Pesquisa. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.



Fonte: Adaptado de SILVA *et al.*⁶ (2019).

Primeira etapa da análise de conteúdo: pré-análise

Com a definição dos objetivos traçados e as categorias temáticas,

estabelecidas as regras de análise, a seguir apresentadas:

Definição de cor/Recorte das Unidades de Registro: para a codificação das Unidades de Registro (UR) e Unidades

de Contexto (UC), foram definidas as cores: azul para a Categoria I e vermelho para a categoria II, e as regras de enumeração, sendo assim concluída a etapa da pré-análise.

A Unidade de Registro compreende a unidade de codificação que corresponde ao segmento do conteúdo, podendo ser uma palavra, tema ou frase, enquanto que a Unidade de Contexto se refere a unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem para que se possa interpretar o significado desta, nesse foram definidas as

Unidades de Registro (UR's) e Unidades de Contexto (UC's) do presente estudo.

Segunda etapa da análise de conteúdo: exploração do material da pesquisa.

Com a aplicação das regras foi possível então identificar as Unidades de Registro (UR's) presentes nos depoimentos, sendo estas trabalhadas de forma a dar os significados para construção das Unidades de Contexto (UC's) para cada categoria, as quais são apresentadas na Tabela 2, de acordo com a compreensão dos sujeitos da pesquisa

Tabela 2: Unidades de registro, unidades de contexto e categorias analíticas segundo técnica de Bardin. Rio Branco, Acre, Brasil, 2019.

Unidades de Registro (UR)	Unidades de Contexto (UC)	Categorias Temáticas
Tinha uns 23; mais de 20; mais de 30; ixe, faz tempo faz tempo, ta com uns 20 anos; faz muito tempo, uns 15; arranquei esses "tudinho" há um tempo desse; vish, desde nova, tomei muito antibiótico; olha eu tinha mais ou menos uns 19 anos; hmmm, agora tu me pegou; tem bastante tempo (risos), eu tinha uns 40; foi estragando, um eu tirei sem estar estragado. começou a doer; de 30 até os 40; há 5; começava a chupar bombom né, ai foi furando um e eu não fui procurar o posto ne, ai foi estragando; porque doía; eu quis arrancar tudo pra por a chapa, o dente estava feio, ele foi ficando mole e furado; olha como a gente morou muitos anos no interior, ai quando eu vim pra cidade não dava mais pra cuidar; furou, ai eu disse pra arrancar logo; tomei muito antibiótico; porque ele começou a ficar assim com aquelas cariezinhas e aí eu não tinha muita orientação e mandei arrancar; maninha acho que é porque antigamente ninguém zelava os dentes como hoje em dia; eu morava no seringal né, não tinha dentista nem nada; porque eu tenho problema de osso; mas foi por conta da droga né; rapaz estragou, estragou na base de uns 4, aí eu arranquei e pra não ficar só aquele pedaço de chapa mandei arrancar o resto.	A perda dos dentes está relacionada a fatores extrínsecos que levam ao desenvolvimento da doença cárie, sendo estes: alimentação, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, falta de informação, hábitos culturais, uso de drogas ilícitas e problemas de saúde como osteoporose. Com relação ao tempo da perda dos elementos anteriores, a variação foi de cinco a quarenta anos.	Causas do Edentulismo.

Vishe maria Deus me livre, muita muita muita mesmo, e eu to aqui que se possível eu nem saia de dia só de noite, a autoestima fica baixa, tenho vergonha; não, nenhuma mudança; da vergonha de sorrir se a prótese for frouxa e cair né, fiquei um pouco de vergonha quando eu fiquei banguela né; muito complicado, faz uma falta muito grande, muito difícil você se adaptar com isso, as vezes da vergonha de sorrir e escorregar ne; todos os dentes prejudicou, com certeza. Ah, tristeza porque fica feio né? A pessoa ficar tão bonita, ter os dentes tão bonitos, saudável, tão lindo ne?; demais, é uma dificuldade pra comer tudo, porque é na frente que a gente morde né, quando eu vou rir coloco a mão aqui; ai, claro “fia”. Pra comer ficou difícil né? Pra acostumar. Pra se adaptar a dentadura, aí fica difícil; ah, com certeza ne. Eu descascava castanha no dente hoje em dia não faço mais isso, senti sim muita vergonha; incomodou bastante; Sinto, na verdade pelos de cima não, porque tenho uma “peça”, mas os debaixo da pra ver que é desigual; o porém da mudança de dentes é que não tem nada como os dentes originais da gente né, se tivesse com os meus dentes originais é uma coisa, agora com “chapa” fica mais difícil porque você não pode ta comendo certas coisas.

As consequências do edentulismo são a baixa autoestima, vergonha de sair e de sorri, dificuldade de adaptação, tristeza, dificuldade para se alimentar e fazer algumas coisas que antes faziam como descascar alimentos com os dentes. Porém, alguns descrevem que não sentiram mudanças pois substituíram por próteses.

Consequências Biopsicossociais

Terceira etapa da análise de conteúdo: tratamento dos resultados do material da pesquisa.

A última fase correspondente ao método do estudo, se refere ao tratamento dos resultados categorizados e organizados nas UR`s e UC`s, para a elaboração das evidências, as quais após construídas, são apresentadas no quadro de evidências.

ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNINORTE, sob o número CAAE: 06828819.8.0000.8028, tendo sido aprovado em 01 de março de 2019, com o parecer número 3.180.110,

observando os preceitos e normas que envolvem a Ética em Pesquisas dispostas nas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016.

Na abordagem inicial dos possíveis sujeitos da pesquisa, as pesquisadoras orientaram quanto aos objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como o contato dos pesquisadores. Após os esclarecimentos, os usuários foram convidados a participar da pesquisa, sendo que aqueles que concordaram livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permanecendo com uma cópia.

Por se tratar de um estudo para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso no bacharelado em Odontologia, a pesquisa foi financiada, com recursos dos pesquisadores.

Os pesquisadores declaram a inexistência de conflitos de interesses e que os resultados do estudo serão encaminhando ao Comitê de Ética em Pesquisa e à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco – Acre, para subsidiar intervenções para o enfrentamento do problema.

RESULTADOS

O Edentulismo traz consequências importantes para a vida das pessoas, afetando negativamente suas relações e cotidiano, situação essa identificada logo na primeira abordagem, quando alguns participantes demonstram desconfiança e vergonha ao responder as questões do estudo.

Inicialmente tem-se a caracterização dos participantes, seguida das evidências do estudo, buscando compreender os sentidos da perda precoce dos dentes anteriores na perspectiva de usuários que realizaram atendimento odontológico nas unidades básica de saúde no município de Rio Branco.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A pesquisa envolveu 15 usuários entrevistados em sete Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), destes, 10 foram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Com relação a faixa etária, uma pessoa situava-se entre 20 a 39 anos e uma entre 70 a 79 anos, quatro estavam na faixa etária de 50 a 59 anos e quatro entre 60 a 69 anos, e cinco pessoas entre 40 a 49 anos.

Com relação ao perfil socioeconômico dos 15 entrevistados, observaram-se os seguintes aspectos. No que se refere à renda, dois relataram não ter renda fixa, quatro relataram renda inferior a um salário mínimo, cinco relataram renda igual a um salário mínimo e, por fim, quatro relataram renda superior a um salário mínimo.

No que diz respeito à escolaridade, cinco dos entrevistados eram analfabetos/semianalfabetos, nove possuíam o ensino fundamental incompleto e um possuía nível superior.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

A análise do estudo, se deu a partir das categorias temáticas definidas, evidenciando as causas e consequências biopsicossociais na vida destes usuários, as quais são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3: Descrição das evidências do estudo relacionadas às categorias temáticas. Rio Branco, Acre. Brasil. 2019.

Categorias temáticas	Evidências identificadas
Causas do edentulismo.	Os usuários relacionam o edentulismo à fatores externos como dificuldade de acesso ao serviço, uso de antibióticos, dentre outros, sendo mais frequente em pessoas com idade superior a 40 anos. Não foi observada a percepção destes, correlacionando os hábitos de higiene oral à perda precoce dos dentes. Evidência: O Edentulismo é decorrente acesso restrito à atenção à saúde bucal e pelo senso comum ao uso de antibióticos. Os usuários não associaram os hábitos de higiene a perda de elementos dentais.
Consequências Biopsicossociais.	O edentulismo traz profundas marcas nos usuários, nos aspectos biopsicossociais, pois afeta negativamente a autoestima demonstrada pela vergonha de sorrir e o sentimento de tristeza, interferindo nas relações interpessoais já que estas pessoas têm vergonha de sair e se relacionar, além das consequências biológicas relacionadas a dificuldade de na alimentação e mastigação. Evidência: O Edentulismo afeta a autoestima das pessoas, interferindo nas relações interpessoais.

DISCUSSÃO

Categoria temática I: Causas do edentulismo

O estudo evidencia que de acordo com a percepção dos usuários, a perda de elementos dentários está relacionada a dificuldade de acesso ao serviço e a problemas decorrentes da doença cárie que levam a destruição total ou parcial dos dentes e a dor. Prevalece ainda a crença de que o elemento dental pode ter sua estrutura danificada em decorrência do uso de antibióticos.

O edentulismo é uma condição de saúde bucal que envolve a perda de elementos dentários total ou parcialmente, estando relacionado a diversos fatores, dentre estes, como principais encontram-se

cárie e doença periodontal, ocasionando a perda das funções estomatognáticas como a mastigação, a fonética e a estética. No Peru um estudo demonstrou que a porcentagem de pessoas com edentulismo cresce conforme aumenta a faixa etária, sendo que na faixa etária de 41 a 64 anos esse índice foi de 92,3%, seguido da faixa etária de 32 a 40 anos com 76,8% e na faixa etária entre 18 a 31 anos foi de 57,5%⁷.

No Brasil, a prevalência global de perdas dentárias entre adolescentes foi 17,4%, já a ausência de dentição funcional ocorreu em aproximadamente 22,4% dos adultos, enquanto 53,7% dos idosos brasileiros são edêntulos⁸.

Pesquisa realizada por Saliba *et al.*⁹, envolvendo a população da zona rural de

um município no interior de São Paulo, demonstrou que 17,8% das pessoas examinadas perderam todos os dentes, 61,7% perderam pelo menos um dente posterior e 37,8% perderam pelo menos um dente anterior, sendo que os grupos etários de 75 anos ou mais, 65 a 74 anos e 45 a 64 anos foram os que apresentaram maior proporção de pessoas com pelo menos um dente perdido: 95,7%; 85,5% e 87,1% dos examinados, respectivamente e o grupo etário de 35 a 44 anos também apresentou uma proporção expressiva de 78%.

Hiramatsu *et al.*¹⁰ afirmam que os dados epidemiológicos têm mostrado expressivo incremento das perdas com a idade. Em 1986, estimava-se que 10% da população brasileira aos 34 anos de idade apresentava ausência total de dentes. Aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros. A partir dessa idade, a proporção de edêntulos é cada vez maior e o colapso da dentição é mais intenso: 40% aos 53 anos, 50% aos 58 anos; 60% aos 63 anos; 70% aos 68 anos e 80% aos 70 anos de idade.

Um estudo envolvendo 72 participantes idosos, onde 50 (69,4%) eram mulheres e 22 (30,6%) eram homens, mais da metade (54,2%) com ensino fundamental incompleto e apenas sete (9,7%) com ensino fundamental completo, constatou o edentulismo total em 100% dos

participantes, sendo que destes, 38 (52,8%) utilizaram prótese dentária e o restante não tinha próteses, apenas 11 (15,3%) afirmaram ter ido regularmente ao dentista e a maioria deles (84,7%) foram ao dentista para realizar extrações. No que diz respeito a sua origem, 41 (56,9%) das pessoas vieram de cidades e 31 (49,1%) migraram das comunidades rurais¹¹.

A prevalência do edentulismo no Brasil é considerada alta, com uma frequência de 16,8% na região Sudeste, 15,9% na região Sul, 15,2% na região Centro-Oeste, 27,2% na região Nordeste e 24,9% na região Norte. Dentre os grupos vulneráveis encontram-se mais mulheres, idosos e indivíduos de baixa escolaridade e renda, principalmente nas regiões Nordeste e Norte do País¹².

As causas da perda dentária estão relacionadas a falta de conhecimento dos meios para a manutenção dos dentes, a dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, a falta de recursos financeiros para o tratamento necessário, as experiências iatrogênicas vivenciadas pelas pessoas e o medo da dor, envolvendo muitos fatores que podem contribuir com essa prevalência como educação, ocupação, situação econômica pessoal, atitude em relação aos cuidados odontológicos e estilo de vida, causas estas, semelhantes as evidenciadas no estudo^{13, 14}.

Dentre as principais causas são identificadas a cárie e doença periodontal, agravos que antecedem o Edentulismo, já que o tratamento a essas doenças é tardio, sendo a dor um dos principais motivos que levam à busca pelo tratamento odontológico, porém, quando a doença se encontra em estágios avançados não é possível a realização do tratamento conservador tendo como desfecho a perda precoce do elemento dental^{15, 16}.

A cárie dentária é uma doença crônica e infecciosa que provoca a destruição dos tecidos dentários e quando em estágio avançado, sua progressão, produz a necrose da polpa dentária, órgão onde se localizam terminações nervosas e capilares sanguíneos e nessa fase podem ocorrer processos infecciosos agudos nos tecidos ao redor do ápice da raiz, dores e fraturas da coroa dentária enfraquecida, o que dificulta o tratamento restaurador, levando a perda do elemento dental⁸.

No que se refere à saúde bucal, a cárie dentária é uma doença que ainda hoje acomete a população em todos os seus segmentos e nas regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da saúde bucal e a serviços odontológicos, o tratamento dessa enfermidade, em estágio tardio, é realizado por meio da extração dos dentes afetados¹⁰.

A baixa escolaridade, falta de informação e a renda familiar são fatores associados a cárie dentária e doença periodontal, e conseqüentemente ao Edentulismo já que a condição socioeconômica tem relação direta com a falta de acesso ao tratamento conservador, que alguns tratamentos não são realizados no serviço público e o acesso ao serviço privado, para alguns usuários representam um fator limitante, levando o usuário a optar pela extração do elemento dental¹⁶.

Um das dificuldades de acesso ao tratamento odontológico no serviço público, pode estar relacionada a escassez de profissionais em áreas rurais ou ribeirinhas, fator esse que contribuiu para as perdas dentárias em idade precoce, resultando no elevado índice de pessoas com Edentulismo no Brasil¹⁰.

É possível identificar a forte presença do fator cultural como uma das causas da perda dentária, pois é comum que o paciente só procure assistência odontológica em caso de dor, raramente, em caráter preventivo, recorrendo sempre a exodontias como método para resolução da dor.

Os acesso aos tratamentos de endodontia, periodontia, prótese ou implantodontia no serviço particular, ainda é difícil pelo custo do tratamento e poder aquisitivo da população, o que pode dificultar o tratamento adequado das

principais causas do edentulismo, em contrapartida, no Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso ao serviço especializado ainda não é adequado, já que alguns serviços como prótese parcial removível ou prótese fixa satisfatório para substituição de um ou mais elementos dentários ainda não são ofertados na rede pública.

Categoria temática: Consequências biopsicossociais

Foi evidenciado no estudo que as consequências mais comuns foram a vergonha de sorrir e de sair de casa, o sentimento de tristeza, a dificuldade de fazer coisas que eram comuns como morder e descascar alimentos, porém para alguns, essa é uma situação que não afeta seu cotidiano, por estarem adaptados a condição existente.

A condição do paciente desdentado total pode ser considerada uma complexa combinação de suas predisposições individuais, condição econômica e social relacionada ao meio em que vive, o que torna a comparação de níveis de edentulismo em diferentes comunidades e períodos às vezes inconsistentes¹⁷. O edentulismo pode afetar substancialmente a saúde bucal e geral do indivíduo bem como sua qualidade de vida¹⁸.

A saúde bucal tem reflexos diretos no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas. Os problemas na vida diária relacionados com a perda dentária foram de

natureza funcional como comer, mastigar ou falar; e social como mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho⁴.

A perda dentária causa desordem na qualidade de vida do indivíduo, principalmente quando afeta seu bem-estar e aparência. O potencial de mastigação de uma pessoa influencia diretamente na sua qualidade de vida, pois todo o processo de digestão tem início na trituração dos alimentos realizada pelos elementos dentais presentes¹⁹.

Jorge *et al.*²⁰, descrevem que as implicações das perdas dentárias refletem diretamente nas funções estomatognáticas. Considerando que a função mastigatória depende da participação dos dentes para cortar e triturar os alimentos, muitos estudos têm investigado a relação entre perda de elementos dentários e eficiência mastigatória.

Gomez *et al.*²¹ afirmam que dor, sofrimento emocional, deterioração funcional são condições frequentes devido à precariedade dentária, estando associados a negligência pessoal e inclui a falta de interesse, que faz perder o desejo de rir e pode gerar mau humor e depressão. Ainda no que diz respeito ao fator psicológico da perda dentária é um dos efeitos que produz sequelas na autoestima,

o que causa distanciamento e isolamento como consequência da insatisfação com a aparência física, predominando mais no sexo feminino²¹.

A qualidade de vida é influenciada pela cavidade oral, em seus aspectos biopsicossociais, por meio da autoestima, auto expressão, comunicação e a estética facial ²². A saúde bucal oferece condições para que as pessoas possam desenvolver o máximo de suas potencialidades como viver, sentir, amar, trabalhar, produzir bens ou serviços, fazer ciência ou arte, vivendo para ser meios utilitários ou simplesmente existindo, os efeitos emocionais da perda total dos dentes, podem revelar uma ampla gama de reações, dentre as mais significativas o luto, a perda da autoconfiança, a queda da imagem própria, o segredo sobre a perda dos dentes, o envelhecimento prematuro, além do sentimento de perda de parte de si mesmo²².

De acordo com Shinkai *et al.*²³, a valorização do autocuidado, com a higiene pessoal, incluindo a higiene bucal, somente ocorre quando o indivíduo está bem consigo mesmo e mantém sua autoimagem como um aspecto importante de vida, sendo a autoestima importante para que ocorra mudança de hábitos no processo de promoção de saúde e a adoção de hábitos saudáveis dependem muito mais da valorização de si mesmo.

A boca possui, portanto, uma dupla função, pois além da mastigação (função biológica), também é responsável por exteriorizar a fala, o sorriso, a comunicação em geral (função social). Em nossa sociedade, a aparência é um dos aspectos mais valorizados, formando os padrões sociais. Então, quando não alcançados tais padrões, o sujeito se torna psicologicamente suscetível a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Em estudo conduzido por Shah *et al.*²⁴ constatou-se que em comparação com pessoas que não tiveram dificuldades em aceitar a situação (edentulismo), estas demoraram mais para aceitar a perda, eram mais propensas a manter a perda de dentes em segredo, consideram o assunto tabu para discutir e perceberam uma mudança no comportamento relacionada ao sentimento de perda, sentir-se menos confiante, sentir-se restringido em atividades sociais, sentir-se chateado com a mudança de aparência e evitar olhar para si mesmo sem a dentadura.

Para Davis *et al.*²⁵ essas pessoas são mais propensas a se sentirem menos confiantes sobre si mesmas e são mais propensas a se sentirem inibidas na realização de uma série de atividades. Eles também são menos capazes de aceitar a inevitável mudança na forma facial que ocorre após a perda dos dentes.

Nesse contexto, o cotidiano do indivíduo que apresenta Edentulismo apresenta consequências que vão desde mudanças de comportamento, insatisfação com a aparência pessoal, dificuldade de aceitação no meio social e até mesmo para ser aceito em um emprego.

Tyrovolas *et al.*²⁶ encontrou uma associação significativa entre edentulismo e depressão e auto avaliação de saúde ruim na faixa etária mais jovem (<50 anos). Este achado destaca as repercussões físicas e sociais potencialmente deletérias do edentulismo em idades mais jovens.

De Carvalho *et al.*²⁷ também afirmam que outro fator importante o qual sofre influência direta do edentulismo é a estética, que pode resultar em diminuição da autoestima dando origem a alterações psicológicas. Na grande maioria dos casos, os pacientes edêntulos se sentem insatisfeitos com sua imagem e acabam por se ausentarem dos círculos sociais, o que também representa fator de impacto negativo na qualidade de vida.

Para Santillo *et al.*²⁸ os sentimentos não são decorrentes apenas dos problemas estéticos ou funcionais que a perda dentária acarreta, mas também do importante significado psicológico que os dentes e a boca têm na formação do psiquismo humano. Assim, a perda dentária pode limitar os indivíduos na escolha de alimentos, afetando sua saúde de um modo

geral e, também, o isolamento da vida social, repercutindo de maneira negativa no desempenho das suas atividades diárias e qualidade de vida.

Os aspectos psicológicos mostram o sofrimento de uma doença física, mas que tem um impacto muito forte sobre o aspecto psicológico, o sentimento de rejeição, vergonha, pena, isolamento social e dificuldades com o parceiro permanece latente em suas memórias²⁹.

Em estudo conduzido por Ridwaan *et al.*³⁰, o impacto mais significativo sentido foi relacionado às atividades cotidianas, especialmente comer. Embora abrigando poucos sinais externos de amargura sobre sua condição, os sujeitos claramente desejavam retornar a todos os aspectos da “normalidade” funcional, em particular a alimentação, a aparência e a interação social.

Ao analisar as consequências do edentulismo no cotidiano das pessoas, os estudos demonstram o consenso existente, indicando que estas estão relacionadas aos aspectos biológicos, psíquicos e sociais, confirmando a complexidade de fatores envolvidos na perda precoce dos dentes e os impactos na vida das pessoas nos seus hábitos diários.

Considerando as evidências do estudo, se recomenda a implementação de atividades efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos de saúde bucal,

desde a primeira infância, a fim de diminuir a prevalência da perda precoce dos dentes, bem como a ampliação de acesso ao tratamento reabilitador aos pacientes afetados pelo edentulismo, minimizando assim as consequências biopsicossociais na vida destas pessoas.

CONCLUSÃO

A perda precoce dos dentes foi relacionada a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, ao uso de antibióticos e ao desenvolvimento a doença cárie decorrente da falta de informação sobre hábitos saudáveis para a manutenção da saúde bucal.

Com relação as consequências da perda precoce na vida pessoas, foram evidenciados os aspectos biopsicossociais, com influência direta nos hábitos simples do dia a dia como a mastigação, até o isolamento social, decorrente da vergonha de sorrir e frequentar ambientes sociais, causando o sentimento de tristeza.

Considerando as evidências do estudo, recomenda-se o fortalecimento da promoção da saúde e prevenção aos agravos de saúde bucal, bem como a ampliação do acesso ao tratamento reabilitador, sendo este um problema que merece atenção das autoridades sanitárias do País.

REFERÊNCIAS

1. NICO, L. S. *et al.* Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 389-398, 2016.
2. OLIVEIRA, F. T. da S. de. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2014.
3. BRASIL. SB Brasil 2010: **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 1015-1024, 2005.
5. BARDIN, L. (orgs) Luis Antero Reto AP. **Análise de conteúdo**. Edições, editor. São Paulo; 2011. 279 p
6. SILVA, R. S., *et al.* Nurses' knowledge and practices in the face of the challenge of using the systematization of nursing care as an instrument of assistance in a first aid in Brazil. **Medicine (Baltimore)**. 2018;97 (33).
7. GUTIERREZ-VARGAS, *et al.* Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. **Rev. Estomatol. Herediana**, Lima, v. 25, n. 3, p. 179-186, jul. 2015.
8. FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária

- precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, p. 49-57, 2003.
9. SALIBA, N. A. *et al.* Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1857-1864, 2010.
 10. HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1051-1056, 2007
 11. DE SAINTRAIN, M. V. de L.; SOUZA, E. H. A. Impact of tooth loss on the quality of life. **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. e632-e636, 2012.
 12. DA SILVA, E. T.; DE OLIVEIRA, R. T.; LELES, C. R. O edentulismo no Brasil: epidemiologia, rede assistencial e produção de próteses pelo Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet.** Brasília, 9(3), 121-134, set, 2015
 13. SILVA, M. E. de S.; MAGALHÃES, C. S. de; FERREIRA, E. F. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 813-820, 2010.
 14. KHAZAEI, S.; FIROUZEI, M. S.; SADEGHPOUR, S. *et al.* Edentulism and Tooth Loss in Iran: SEPAHAN Systematic Review Nº. 6. **Int J Prev Med.** 2012 Mar; 3(Suppl1): S42–S47.
 15. FURE, S. Ten-year incidence of tooth loss and dental caries in elderly Swedish individuals. **Caries research**, v. 37, n. 6, p. 462-469, 2003.
 16. BATISTA, M. J. **Razões das perdas dentárias em adultos em idade economicamente ativa.** São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/288018>>. Acesso em: 15 mai. 2018
 17. LELES, C. R.; COMPAGNONI, M. A.; NAKAOKA, M. M. Estudo dos pacientes desdentados totais atendidos na disciplina de prótese total da Faculdade de Odontologia de Araraquara no período de 1987 a 1997. **Brazilian Dental Science**, v. 1, n. 1, 1998.
 18. MOREIRA, R. da S. NICO, L. S.; TOMITA, N. E. *et al.* A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1665-1675, 2005.
 19. CUNHA, L. G.; NEVES, A. C. C.; DIEZ, G. F. *et al.* **Avaliação da eficiência mastigatória em pacientes portadores de prótese total.** Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2008. Disponível em: www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivos/INIC/INIC0601_01_O.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019
 20. JORGE, T. M.; BASSI, A. K. Z.; YARID, S. D. *et al.* Relação entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos. **Revista CEFAC**, p. 391-397, 2009
 21. GOMEZ, P. R.; TORRES, M. F. M; ROJAS, K. R. Pérdida dentaria y

- relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. **Dominio de las Ciencias**, v. 3, n. 2, p. 702-718, 2017.
22. DOMINGOS, M. À. Os impactos biopsicossociais na saúde geral dos adultos gerados pela ausência de saúde bucal. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2012.
23. SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 1099-1109, 2000
24. SHAH, R. J.; DIWAN, F.J.; DIWAM, M. J. *et al.* A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. **The Journal of the Indian Prosthodontic Society**, v. 15, n. 3, p. 237, 2015
25. DAVIS, D. M. *et al.* Prosthetics: The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. **British Dental Journal**, v. 188, n. 9, p. 503, 2000
26. TYROVOLAS, S.; KOYANAGI, A.; PANAGIOTAKOS, D. B. *et al.* Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. **Scientific reports**, v. 6, p. 37083, 2016
27. DE CARVALHO, L. F.; MELO, J. R. DE O.; CARVALHO, F. A. A. *et al.* O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. **Revista da ACBO**. v. 8, n. 1, 2018.
28. SANTILLO, P. M. H.; MOURA, C.; COELHO-SOARES, R. DE S. *et al.* Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 8, n. 2, p. 233-247, 2013.
29. VON MARTTENS, A.; CARVAJAL, J. C.; LEIGHTON, Y. *et al.* Experiência y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. **Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral**, v. 3, n. 1, p. 27-33, 2010.
30. RIDWANN, O.; TASHKANDI, E.; ABDULJABBAR, T. *et al.* Sentiments expressed in relation to tooth loss: a qualitative study among edentulous Saudis. **International journal of prosthodontics**, v. 16, n. 5, 2003.

APÊNDICE

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTES

1. Idade em anos.
2. Sexo
() Masculino () Feminino
3. Renda familiar mensal
() menos que 1 salário mínimo.
() de 2 a 5 salários mínimos.
() de 5 a 10 salários mínimos.
() acima de 10 salários mínimos.
4. Escolaridade
() Analfabeto
() Alfabetizado
() 1º Grau Completo () 2º Grau Completo () Graduado
() Pós-Graduado/Mestrado/Doutorado
5. Bairro de moradia

ROTEIRO DA PESQUISA

6. Há quanto tempo perdeu os dentes da frente?
7. Qual o motivo?
8. De quanto em quanto tempo costuma ir ao dentista e por quê?
9. Qual a última vez que foi a uma consulta odontológica?
10. Você acha que a perda de seus dentes da frente provocou alguma mudança na sua vida? Quais foram essas mudanças?

ANEXO

Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ Checklist)

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item N°	Guide Questions/Description	Reported on Page N°
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Page 03
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Page 03
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	Page 03
Gender	4	Was the researcher male or female?	Page 03
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Page 03
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	Page 03
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Page 03
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Page 09
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Page 04
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Page 03
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Page 03
Sample size	12	How many participants were in the study?	Page 03
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	Page 03
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Page 03
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	Page 03

Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Page 03
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Pages 03 e 19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	Pages 03
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Page 03
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Page 03
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Page 03
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Page 03
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	N/A
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Page 03
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Page 03
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Pages 05 e 06
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Page 06
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Page 09
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Page 05 e 06
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Pages 10 the 16
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Page 10
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Pages 10 the 16

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.