

## 1.INTRODUÇÃO

Pacientes desdentados representam um desafio terapêutico tanto na esfera odontológica quanto na psicológica e requerem um tratamento combinado. Embora ocorra um decréscimo progressivo da taxa de edentulismo em várias partes do mundo, ainda há um amplo segmento populacional que permanece desdentado. No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima-se que cerca de 11,7% da população nunca consultou um dentista (1). Enquanto 98% das pessoas das classes de rendimentos mais elevados já tinham se consultado com um dentista, esse percentual nas classes mais baixas foi de 71,3%. Apesar dos diversos recursos à disposição dos cirurgiões dentistas na recuperação da saúde bucal, a maior parte da população brasileira ainda tem nas extrações dentais a solução para o alívio da dor, sejam pelas condições econômicas ou culturais. Tais dados são preocupantes e exigem uma atenção mais especial do cirurgião dentista (2).

Os conhecimentos de Psicologia propiciam um melhor e mais completo entendimento do paciente e do que ele apresenta. É possível perceber, na prática clínica, que muitas vezes o odontólogo não consegue a satisfação do paciente quanto à reabilitação protética, apesar de terem sido realizados todos os procedimentos tecnicamente corretos. Essa insatisfação tem sido relacionada às altas e irreais expectativas sobre as próteses dentais. Davis *et al.* (3) relataram que as perdas dentais têm profundas repercussões no indivíduo, mas este impacto emocional frequentemente é subestimado, aumentando o tempo entre a perda dos dentes, a aceitação como desdentado e, conseqüentemente, a adaptação à nova prótese. Aliado a isso, muitas vezes o profissional não oferece informações suficientes acerca das intercorrências iniciais que podem ser observadas quando da utilização de uma nova prótese, o que certamente ajudaria a evitar esses conflitos.

Seiger *et al.* (4) afirmaram que a visão integrada do homem na sua unidade corpo-mente deve ser uma atitude geral dos profissionais de saúde. O protesista precisa compreender que aquilo que ocorre ao corpo do indivíduo (perda das unidades dentárias) altera o seu estado emocional e vice-versa. O ser humano é biopsicossocial, portanto para que se obtenha um bom tratamento não se pode separar a psique (aspectos emocionais) da soma (corpo). É necessário saber se fatores

psicológicos estão modificando a doença e interferindo na recuperação ou adaptação do paciente. Além disso, existe uma relação direta entre as perdas dentais e a qualidade de vida. Se o indivíduo terá dificuldades em se alimentar adequadamente, sentir-se impossibilitado de falar de forma clara e explicada, afirmar ter vergonha de se olhar no espelho ou que outras pessoas os vejam sem seus dentes, é lógico que haverá uma queda no seu padrão de saúde física e mental.

De acordo com Ciarântola (5), a cavidade bucal tem grande influência na qualidade de vida, tanto no nível biológico quanto no psicológico. Apesar do conhecimento relacionado à função e alterações do sistema estomatognático, pouco interesse tem sido demonstrado pelas reações psicológicas e pelos efeitos emocionais causados pela perda dentária. Sá, Hubner e Reis (6) e Wolf (7) destacam dentre as emoções relacionadas à perda dentária, a privação do contato social, o comprometimento da autoconfiança, a deterioração da aparência e autoimagem, a sensação de mutilação, a necessidade de reclusão durante o tratamento protético e a dificuldade em adaptar-se a uma nova situação.

Essa revisão de literatura tem como objetivo relacionar os aspectos psicológicos dos pacientes desdentados e suas influências no êxito do tratamento, descrever a importância psicológica da boca, a valorização da anamnese e por fim, relacionar os efeitos do edentulismo na qualidade de vida, possibilitando ao cirurgião dentista reconhecer os aspectos psicológicos e emocionais que interferem no desenvolvimento do seu trabalho, evitando situações desagradáveis e proporcionando um relacionamento construtivo e sucesso na reabilitação oral.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A INFLUÊNCIA DO PERFIL PSICOLÓGICO DO PACIENTE E O TRATAMENTO REABILITADOR.**

O Cirurgião Dentista (CD), em sua rotina diária, deve estar atento em reconhecer os sinais de desvios psíquicos, porém não deve tentar realizar diagnósticos, visto que isso é da competência de psiquiatras e psicólogos. A personalidade do indivíduo é muito complexa e poderá ter um funcionamento saudável ou não, diante de algumas situações. Considera-se saudável quando o

indivíduo é capaz de lidar com as mais diversas situações de vida, sentindo-se integrado o suficiente para manejar as angústias propiciadas por mudanças, obtendo satisfação pessoal. Quanto ao funcionamento patológico, é possível e esperado que as pessoas apresentem uma combinação de características de vários desvios psíquicos e pode-se fazer uma breve classificação dos principais quadros neuróticos: fobia, histeria e neurose obsessivo-compulsiva e quadros psicóticos: esquizofrenia, distúrbio bipolar e paranóia (4).

A fobia caracteriza-se por um medo aterrorizante e irracional de uma pessoa, objeto, situação ou lugar. O paciente fóbico percebe suas angústias como infundadas apenas quando elas já passaram, mas é incapaz de evitar que essas angústias voltem e estas podem evoluir para o pânico. Esse paciente evitará o contato com o objeto externo, no caso a figura do dentista, instrumentos perfuro-cortantes ou até o ambiente físico do consultório. Ele não consegue entrar em contato com o estímulo fóbico e caso seja obrigado apresentará reações físicas de angústia, tais como sudorese, falta de ar e desmaios. O medo do dentista é um sentimento comum e, pacientes fóbicos ao CDs são raros, contudo se comprovado um processo de neurose fóbica é fundamental um acompanhamento psicoterapêutico (4).

A histeria é a consequência da repressão malsucedida de conteúdos e conflitos inconscientes convertidos para o plano corporal. Essas conversões somáticas (corpo) são apresentadas sob a forma de: tiques, tremores excessivos, paralisias musculares, mutismo, surdez, dores pelo corpo, lesões dermatológicas e alergias. Há também os sintomas comportamentais: comportamento sedutor (comparecer as consultas com roupas e atitudes sedutoras), comportamento infantil (o paciente fica dengoso, ofendido e magoado com qualquer situação e até choroso, lembrando uma criança), comportamento fugaz (“esquece” as consultas), acessos histéricos (crises de risos) e movimentos exagerados com excesso de gestos, tom de voz alto, entre outros. Os indivíduos histéricos tendem a chamar atenção para se sentirem amados e na cadeira do dentista podem apresentar tonturas, vertigens ou a “eterna” insatisfação com o tratamento realizado, como forma de chamar atenção do profissional quando esse passa a ser importante em sua vida subjetiva (4).

Classifica-se ainda a neurose obsessivo-compulsiva que são idéias obsessivas acompanhadas por atos compulsivos que se impõem ao indivíduo e o envolvem em uma luta inesgotável. O

neurótico obsessivo pode sentir-se compelido a executar certos atos inúteis como: escovar os dentes com muita frequência, apesar do conhecimento racional de como este ato pode ser prejudicial para a sua saúde. São indivíduos meticolosos, perfeccionistas, rígidos, extremamente pontuais e com tendência controladora. Podem, ainda, desenvolver um quadro de disfunção da Articulação Têmporo Mandibular (ATM), por suas características de rigidez e perfeccionismo, o que leva ao aumento da tensão da musculatura facial (4).

Em relação às Psicoses, sua etiologia é desconhecida. Alguns autores defendem a origem como orgânica, outros com psicogênica e outros defendem uma combinação de ambas. Nos quadros de Psicose há uma distorção da realidade, o paciente é convencido da veracidade das suas idéias delirantes que mesmo não sendo compatíveis não é possível ser desfeita por explicações lógicas. Primeiramente existe a esquizofrenia que é uma cisão entre o pensar e o agir, em que o indivíduo sente-se dissociado internamente. Apresenta crises em situações percebidas como fracassos, nas quais ele se sente sem recursos para lidar. É bastante comum a relação de delírio e alucinações com a boca e os dentes (região primitiva do desenvolvimento emocional) e a melhor conduta neste caso é o CD “entrar” em seus delírios, pois esta é a forma de se comunicar com o paciente não deixando de encaminhar para o profissional adequado, no caso, o psiquiatra (4).

Pacientes com distúrbio bipolar caracterizam-se pela alternância de humor, ora disposto e animado, ora irritado e depressivo. Quando estão na fase eufórica tendem a sentir-se melhor que os outros e querem discutir com o CD passo a passo o tratamento e não raro se comportam como se conhecessem mais que o profissional, nestes casos é preciso impor limites. Quando estão na fase depressiva há uma perda do interesse em relação ao meio, em se cuidar, tornam-se indiferentes ao tratamento, não comparecendo às consultas, o que dificultará todo o processo reabilitador. E, por fim, existe a paranóia em que o indivíduo sente-se perseguido e, portanto, persegue para se defender. Cabe ao CD compreender que o delírio não é uma invenção e sim uma forma de expressão do seu mundo interior, é muito difícil o tratamento deste paciente sendo fundamental uma ajuda especializada (4).

Fenlon e Sherriiff (8) observaram um fato comum na prática clínica odontológica: alguns pacientes com próteses totais novas e tecnicamente bem confeccionadas não conseguiam adaptá-

las. Entretanto muitos outros pacientes com próteses clinicamente não aceitáveis apresentavam um grau de satisfação acima do esperado. Essa situação sugere que fatores subjetivos são difíceis de serem avaliados. E que a tolerância excessiva e a não substituição das próteses antigas ou quebradas, mesmo quando estas já não tem mais funcionalidade nem estética, também é devido a questões de adaptação e dificuldades de mudanças.

A importância do tema é tamanha que Baat *et al.* (9) realizaram um estudo tentando relacionar a condição protética do paciente de acordo com uma combinação entre a qualidade da prótese (retenção, estabilidade, encaixe, restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão e estética) e a qualidade do rebordo residual, ou seja, relacionando apenas aspectos técnicos e objetivos. De acordo com esses autores, alguns profissionais não davam a devida importância a um aspecto objetivo que é a qualidade do rebordo residual. Contudo, este estudo não conseguiu demonstrar essa relação, pois o julgamento do paciente (aspecto subjetivo) não considerou a qualidade dos tecidos biológicos de suporte (aspecto objetivo). Sentindo que havia uma dificuldade em padronizar essas avaliações do grau de satisfação tanto dos pacientes quanto dos profissionais devido à diferença dos critérios subjetivos e objetivos, respectivamente, ele concluiu que há fatores subjetivos e psicológicos que devem ser considerados tais como: relação dentista-paciente, quantidade de informações fornecidas de ambas as partes, expectativas e experiências anteriores. Estes sim, aspectos mais subjetivos é que devem receber uma maior atenção dos CDs.

Neste mesmo contexto, Leles e Nakaoka (10) afirmaram que, embora a qualidade técnica das próteses seja importante, a atitude do paciente e fatores psicológicos são fundamentais para a sua aceitação, mesmo naqueles sem desvios psíquicos. Incluem também os fatores sociais como o estado conjugal, ocupação, interesses, atividades, condições econômicas e até a opinião alheia influenciam na aceitação das próteses. Esse mesmos autores observaram que o sucesso do tratamento não é dependente apenas da adequada reposição de dentes e tecidos perdidos, mas em grande parte se relaciona com uma série de processos adaptativos individuais que corroboram diretamente na aceitação do tratamento reabilitador.

Concordando com este estudo, Allen e MacMilan (11) identificaram que atitudes individuais não são constantes e variam com o tempo e com as experiências vividas. Essas atitudes também

podem ser modificadas por fenômenos tais como a capacidade de enfrentamento e de adaptação além das expectativas de cada indivíduo. Concluíram que há uma tendência mundial em desenvolver critérios subjetivos de avaliação de saúde, inclusive da saúde bucal, considerando aspectos sociais e emocionais, pois é indubitável que a saúde é multifatorial com todas as suas possibilidades de resultados.

Inúmeras tentativas têm sido feitas para correlacionar a personalidade do paciente com a satisfação em tratamentos reabilitadores. Fenelon, Sherriff e Newton (12), após estudarem 217 pacientes não encontraram uma significativa associação entre pacientes com traços de extroversismo/neuroses com insatisfação em relação às próteses. Os autores relataram que indivíduos com neuroses tais como ansiedade, mudanças repentinas de humor, deprimidos ou muito reativos tendem a reclamar muito mais que aqueles mais ajustados emocionalmente. Foi possível observar que estas reclamações estavam relacionadas a problemas reais, principalmente com as prótese inferiores, nos 3 meses posteriores à sua instalação, mas após esse período em até um acompanhamento por 2 anos não houve influência desses traços de personalidade.

Fenelon, Sherriff e Newton (13) realizaram um outro estudo que relacionava a satisfação dos pacientes com próteses novas. Fatores clínicos tais como qualidade do osso residual mandibular e maxilar, relação cêntrica e espaço interoclusal e fatores diversos que consideravam a opinião do paciente tais como conforto, capacidade de mastigação e aparência estética da prótese eram avaliados. O mesmo concluiu que existe uma relação de satisfação com próteses novas quando há qualidade do rebordo residual, reprodução apurada da relação cêntrica, estabilidade e retenção da prótese mandibular (13).

Smith e Hughes (14), durante o período de um ano, estudaram um grupo de edêntulos tentando associar o sucesso e o fracasso das próteses completas com o estado emocional desses pacientes. Um grupo composto por 45 pacientes recebia dois questionários um sobre as próteses que estavam usando e outro que avaliava a estabilidade emocional. Próteses novas eram realizadas por especialistas, a metade era confeccionada em laboratórios comerciais e a outra metade em laboratório próprio. Após 4 a 6 semanas da instalação das próteses esses pacientes eram reexaminados e no questionário havia uma pergunta nova: Essas dentaduras novas são melhores

que as suas antigas? Contudo tal estudo não conseguiu comprovar essa relação entre fracasso das próteses e a instabilidade emocional. Os autores afirmaram que a dificuldade de adaptação das próteses era uma deficiência na extensão das bases da prótese gerando uma pobre retenção e falta de estabilidade causada pela deficiência nas impressões. Sugerem, portanto, que os dentistas desenhem nos moldes as bordas das próteses e verifiquem se as moldagens estão corretas a fim de evitar os erros.

Sá, Hubner e Reis (6) realizaram um estudo sobre os efeitos emocionais da perda dos dentes em adultos aplicando um questionário em 100 pacientes edêntulos totais ou parciais, usuários ou não de próteses. Observaram que ocorreram alterações emocionais e físicas após a perda dos dentes; em 63% houve uma diminuição da autoestima e em 70% tiveram dificuldade em aceitar a ausência dos dentes. Mutilação e tristeza foram citados por 37% e 36% respectivamente, outros sentimentos foram citados: alegria, medo, raiva de si mesmo, decepção com o dentista, dor, alívio, resignação e arrependimento. Afirmam os autores que a maioria dos pacientes não conseguiu identificar as consequências emocionais e físicas do edentulismo no momento que decidiram pela remoção dos dentes. Sendo que 58,2% não se sentiram preparados e devidamente esclarecidos pelo CD, o que ajudaria na adequação a nova situação. Considera-se que a perda dos dentes e o uso de dentaduras requerem maiores adaptações na vida emocional do indivíduo do que a mudança de emprego, de residência ou casamento. Concluíram que o edentulismo repercute no bem-estar emocional do paciente além de debilitar a aparência e algumas atividades rotineiras.

## **2.2. A IMPORTÂNCIA PSICOLÓGICA DA BOCA**

Na atividade odontológica, o cirurgião dentista deve estar apto não apenas tecnicamente, mas também psicologicamente para entender e estabelecer com os pacientes uma relação de acolhimento e aceitação. O estado emocional do paciente é um ponto crítico no desenvolvimento e sucesso do tratamento reabilitador, e se o CD não estiver atento para valorizar esses critérios subjetivos e devolver a ele o restabelecimento da função e da estética certamente os objetivos traçados não serão alcançados.

A boca é o principal instrumento de adaptação, comunicação e sobrevivência e para entender melhor qual é a importância psicológica da boca é necessário recorrer a Freud que, em 1915, defendeu a existência da fase oral (0 a 2 anos) como sendo a primeira fase da evolução libidinal, pois o prazer sexual está ligado de forma predominante à excitação da cavidade oral e dos movimentos dos lábios que acompanham a alimentação. A boca é a zona do corpo cujo estímulo proporciona uma satisfação a princípio vital (nutrição), mas que adquire autonomia e se satisfaz de forma autoerótica. Além disso, Freud constatou que a atividade da boca alivia as tensões psíquicas e também dá origem à estruturação do psiquismo humano, portanto os primeiros sentimentos e emoções, assim como a percepção primitiva do EU está vinculada a atividade oral (7).

A boca e os dentes tem uma posição peculiar no corpo especialmente na infância e é através dela que a primeira alimentação é recebida. Durante a fase oral, a região bucal é a principal fonte das excitações; é o local de trocas do bebê com o mundo, de ampliação de estímulos tanto agradáveis como desagradáveis. É pela boca, portanto, que são vivenciadas as primeiras experiências de amor e frustração essa fase de experimentação passiva vai até aproximadamente seis meses. Esses estímulos sensoriais concentram-se na boca, portanto pode-se dizer que a imagem corporal inicia o seu desenvolvimento por ela. A consequência da modificação de um padrão de imagem corporal construído desde os primórdios da infância, como extrações dentais, por exemplo, podem ocasionar a diminuição da autoestima (4,6,7).

Freud descreveu também uma fase oral-sádica que corresponde ao aparecimento dos dentes, em que a atividade de morder implica destruição do objeto. Com o aparecimento dos dentes, a criança tem a experiência da dor ao mesmo tempo da satisfação pela possibilidade de triturar os alimentos e incorporá-los e classifica essa segunda etapa oral como canibalística. A criança experimenta uma relação mais ativa, a partir da qual pode também exteriorizar o ódio (mordendo) pela não satisfação imediata de suas necessidades. Nesse sentido, os significados psicológicos do início da irrupção dentária marcam uma mudança significativa na organização psíquica da criança e fundem-se à agressividade e à libido (7).



Os dentes são sentidos pelos bebês como um instrumento de defesa, além de associá-los à dor e a satisfação do apetite, são conotações de força de agressão e independência. Outros autores (2,3) argumentam que a perda dos dentes implica insegurança e ansiedade, dificuldades nas atividades diárias, aceitação das mudanças físicas faciais e enorme estresse. Os dentes, portanto, marcam uma saída da passividade ao início do exercício do poder, Freud apud Wolf (7) conclui que a perda dental é um processo de muita angústia e conflito interno.

É possível perceber traços das vivências orais infantis nos indivíduos adultos: roer as unhas, fumar, mastigar tampas de canetas, além do prazer proporcionado por atos de comer, beber, beijar, referem-se às marcas deixadas pelas vivências orais infantis. O tratamento odontológico, que ocorre dentro de uma região tão importante (oral) do ponto de vista do desenvolvimento psicosexual, nos remete aos primórdios da nossa existência, enquanto bebês totalmente dependentes, o que desperta sentimentos básicos e ambivalentes de satisfação e frustração. Portanto, se no consultório odontológico os pacientes que estão diante de uma determinada intervenção, sentem-se extremamente ameaçados, podem regredir a tal estágio de infantilidade com choros, gritos e desmaios como se fossem crianças de tenra idade. Cabe ao profissional a difícil tarefa de lidar com essa situação, demonstrando que aceita e respeita o momento vivido pelo mesmo, permitindo o choro, sem interferir nem tão pouco sendo indiferente à sua fragilidade (4).

Inoue *et al.* (15) afirmam que o sorriso tem conotações bastante significativas: anuncia bem estar, alegria, segurança e relações interpessoais satisfatórias e as pessoas tornam-se envolvidas com a imagem e por padrões estéticos pré-estabelecidos. Existe uma relação subjetiva entre beleza/juventude e dentes saudáveis presente no imaginário das pessoas. Esses autores afirmam que nos seres humanos, os dentes são símbolo de força, agressão, atitude ativa e independência. Logo a avulsão dos dentes e a conseqüente ameaça estética facial trazem modificações na forma de agir e pensar de muitos indivíduos. E concluem que o dentista deve estar atento não apenas aos aspectos técnicos do trabalho que executará, sendo importantes os fatores psicológicos e as questões subjetivas que envolvem a situação.

Silva *et al.* (16) relataram que a perda dos dentes é um fator desencadeante de sentimentos diversos: desamparo, diminuição da autoestima, raiva, alívio e que a procura pela recomposição através das próteses é também uma tentativa de recomposição da sua imagem pessoal e social; o paciente desdentado que busca a reabilitação oral está buscando também o resgate da sua autoestima. Os autores relataram que o desdentado não é considerado um doente. A perda dentária é tratada diferentemente das perdas de outras estruturas do corpo, portanto, espera-se que a pessoa se recupere sem maiores problemas. Uma reação mais exacerbada pode ser considerada uma deficiência na psiquê ou desvio de personalidade. Ressaltaram também a importância de uma boa comunicação entre profissional e paciente, enfatizando as limitações das próteses assim como um acompanhamento do paciente após a instalação e manutenção das mesmas.

### **2.3 A IMPORTÂNCIA DA ANAMNESE NO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO**

A reabilitação oral através de próteses provoca expectativas e ansiedades no paciente muitas vezes desproporcional à complexidade do tratamento. De acordo com Silveira (17), a anamnese é a oportunidade que o dentista tem para se informar sobre a saúde geral e bucal do paciente, conhecer a história da sua doença atual, social e familiar, estabelecer uma comunicação adequada, tentar reduzir sua ansiedade e expectativas irreais, respeitar seus anseios, oferecer alternativas viáveis de tratamento e conscientizá-lo sobre possibilidades de sucesso e fracasso. Esse primeiro contato é um momento importante do tratamento. A maneira pelo qual ele é conduzido pelo profissional é que permitirá a criação do vínculo com o paciente, este deve sentir-se acolhido, seguro e confortável.

De acordo com Amante (18), a anamnese (ana = trazer de volta e menese = memória) é o momento do exame clínico destinado a recordar todos os fatos relacionados ao paciente e seu estado de saúde. Ela é importante porque possibilita uma oportunidade inicial de estabelecer um relacionamento positivo entre o paciente e o CD, bem como fornece aos profissionais informações complementares através da comunicação não verbal: tom de voz, linguagem corporal e expressões faciais. É o momento que o profissional deve demandar maior tempo. Este autor destaca que para obter uma boa anamnese, o CD deve se interessar em compreender e

auxiliar o doente através de calor humano, simpatia, flexibilidade (paciência) e não ser conivente com o mesmo.

Sonis *et al.* (19) complementam que fatores básicos como um minucioso exame físico que inclui a inspeção, palpação, percussão e auscultação e a complementação com exames radiográficos, são fundamentais para a boa anamnese. Há também os exames laboratoriais que são muito úteis quando bem indicados. Ressaltam estes autores que a documentação desses exames é relativamente simples quando comparada ao problema de lidar com os sintomas subjetivos. Silveira *et al.* (17) concordam com essa afirmação quando destacam que o profissional necessita de sensibilidade para, não raro, ser amigo e psicólogo quando, muitas vezes não é a falta de dentes o principal motivo de sua visita ao dentista.

O levantamento da história do paciente que inclui a queixa principal, as histórias da doença atual, médica progressiva, pessoal, social e familiar devem ser realizadas de forma cuidadosa, sem atropelos e seguindo uma ordem definida de perguntas. Assim, o profissional classifica as informações necessárias para estabelecer o diagnóstico e a condução do plano de tratamento. A fonte desta história é o paciente, que com suas próprias palavras deve descrever seus sintomas. Portanto, o dentista tem que estar preparado para modificar essa entrevista de acordo com a capacidade daquele em se comunicar, sua inteligência, seu estado emocional e seu grau de confiança no profissional, lembrando que esse levantamento não deve ser reduzido a uma recitação mecânica e impessoal de perguntas (19).

Telles, Holweeg e Castellucci (20) sugerem que a anamnese deve possuir as seguintes informações: questionamentos sobre o estado de saúde do paciente, exames clínicos intra e extraorais e exames complementares. Após essa coleta o profissional poderá realizar o seu plano de tratamento que por sua vez deve atender às necessidades do paciente aliando qualidade e simplicidade. Os autores afirmam que a primeira fase da anamnese é a pesquisa do seu estado de saúde geral, que a depender da situação, pode determinar o adiamento da reabilitação oral. Muito importante também é a queixa principal, que revela o motivo da procura por tratamento.

Diante da inviabilidade do tratamento imaginado, esta situação deve ser esclarecida ao paciente, no início do tratamento, para que este redimensione suas expectativas, mesmo que isso o leve a desistir. O dentista deve pesquisar a presença de hábitos parafuncionais como apertamento e bruxismo que provavelmente se repetirão após a reabilitação isso se não forem tratada as causas, geralmente de origens emocionais (20).

Telles, Holweg e Castellucci (20) acrescentam que, no exame extra-oral, sejam verificadas assimetrias faciais, dimensão vertical, suporte de lábio, linha do sorriso e altura incisal. Além disso, devem ser analisadas as próteses antigas, que podem revelar o grau de higiene e os cuidados com as mesmas, relações intermaxilares e desgastes acentuados. Características estéticas e funcionais que estiverem adequadas podem ser reproduzidas nas próteses novas para uma melhor adaptação do paciente.

Turano e Turano (21) descrevem muito bem que: “o paciente deve ser examinado como um todo; seu tipo emocional, seus temores e esperanças, seus gostos e suas antipatias. Faremos muito bem em estudar os princípios da medicina psicossomática e considerar suas aplicações na prática”. Afirmam que o plano de tratamento deve considerar, entre outros fatores, a atitude mental do paciente. Esse fator psicológico significará muitas vezes o êxito ou o mau resultado nos serviços prestados. A consulta inicial com um interrogatório eficiente evitará muitos desapontamentos e frustrações tanto para o paciente como para o dentista. Os autores acrescentam que ser previamente informado sobre as dificuldades com o uso de próteses totais terão maior valor que as aparentes desculpas depois.

Nesse primeiro contato já é possível ao dentista sugerir qual é o perfil psicológico do paciente e tentar estabelecer uma comunicação com sucesso. Características indesejáveis do paciente não poderão ser mudadas, contudo, quando o profissional esforça-se para compreendê-las, poderá responder de forma controlada e construtiva. Aspirações estéticas do paciente e as limitações dentro do tratamento de prótese total trazem ao dentista uma situação difícil de ser controlada visto que, a idealização de uma imagem mental de beleza ou juventude é impossível de ser alcançada pelo tratamento com próteses. Crises conjugais, mortes, divórcios, menopausa, decadência de recursos financeiros e aposentadoria são situações que devem ser analisadas

durante a anamnese, pois modificam a atitude mental do paciente e podem torná-los hostis e exigentes.

## **2.4 EFEITOS DO EDENTULISMO E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA**

O edentulismo total é uma experiência importante e traumática na vida do indivíduo que, infelizmente, não é dada a devida importância nem pela sociedade nem pela classe odontológica. Essas perdas se constituem numa marca de desigualdade social, na diminuição da capacidade mastigatória, na limitação do consumo de determinados alimentos além de afetarem a fonação e a estética. Os reflexos estarão no cotidiano das pessoas como perdas nutricionais, o que as predispõem às doenças, às limitações sociais devido ao estigma de menor privilégio social além das alterações psicológicas que ocorrem devido ao sentimento de vergonha e humilhação que são capazes de desequilibrar a organização psíquica do indivíduo. Esse conjunto de fatores contribui para uma redução impactante na qualidade de vida dos edêntulos (21,22).

Assim como os dentes representam a satisfação da alimentação e características de defesa, Freud apud Sá, Hubner e Reis (6) revela que a perda de uma ou mais unidades dentárias remete o indivíduo a uma reedição de complexos psicológicos pré-existentes gerando sentimentos de desconforto relacionados ao fenômeno da castração. Assim, essa castração vivenciada pela perda dental é análoga àquela experimentada por mutilados, ao perceberem seus membros amputados, ainda que essa perda tenha sido indicada por profissional. Essa situação gera a autocensura como poder dar gargalhadas em público coagindo a expressão da alegria, repercutindo negativamente no convívio social.

Em relação às perdas físicas relacionadas ao edentulismo, de acordo com Turano e Turano (21), ocorre uma acentuada reabsorção do rebordo alveolar acarretando desconforto, dor e dificuldades na estabilidade e retenção das próteses. A perda da tonicidade muscular, que é a substituição das fibras musculares por tecido fibroso, afeta a capacidade da coordenação muscular gerando dificuldades na fonação, deglutição e diminuição da capacidade mastigatória o que corrobora para aparecimento da desnutrição e de problemas digestivos. Além disso, as bochechas arqueiam

e a mandíbula, quando em repouso, assume uma posição protrusiva, gerando o envelhecimento precoce e o prejuízo estético. Enfim, uma série de problemas físicos que geram graves consequências psicoemocionais como a fuga de situações sociais, o medo de relações pessoais mais íntimas, sentimentos de raiva de si mesmo, decepção com o profissional dentista e arrependimento (6,16 e 23).

Silva, Magalhães e Ferreira (22) afirmam que, embora já haja um reconhecimento da importância da saúde bucal, a maior parte das pessoas não tem acesso à recomposição dessas perdas devido à falta de recursos financeiros, o que acaba por impor mudanças físicas, biológicas e emocionais. Apesar de a Odontologia promover a saúde bucal tendo como princípio a prevenção e a preservação dos dentes, deve-se ressaltar que a extração dental ainda é uma solução prática e econômica para uma considerável parte da população brasileira (5). Além disso, a perda dental é aceita, em geral, pela sociedade e pelos odontólogos como algo normal e natural com o avanço da idade. De maneira contraditória mais da metade das pessoas acima de 65 anos classificou sua própria saúde bucal, fala e mastigação como boa ou ótima, o que revela esse sentimento de conformismo (16).

A não aceitação da ausência dos dentes é um sentimento constantemente presente em edêntulos (parciais/totais) e que não cessa com o passar dos tempos (2,16,22). Portanto, reações psicológicas e comportamentais referentes às perdas dentais e qualidade de vida deveriam ser mais discutidas, como também uma reposição protética adequada e sua influência na saúde e no relacionamento social desses indivíduos. Surgiu, portanto, uma tendência mundial em qualificar e quantificar os aspectos subjetivos do que seja qualidade de vida e a sua relação com as perdas dentais (24).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1994, definiu qualidade de vida como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (25). Nessa afirmação, é possível perceber o caráter multidimensional do conceito, sua subjetividade e dependência das reflexões do indivíduo, que acaba sendo o personagem principal de sua qualidade de vida.

Na Odontologia já foi reconhecido que medidas objetivas de saúde bucal não conseguem dimensionar o impacto das desordens bucais no processo psicossocial e de qualidade de vida do indivíduo. Estudos odontológicos tradicionais que associam medidas objetivas tais como cáries ou doenças periodontais, tem uma fraca relação com aspectos socioemocionais dos indivíduos, o que gerou uma tendência em se desenvolver novos paradigmas de conceitos multidimensionais de saúde, focalizando em aspectos subjetivos de qualidade de vida (11,16,23).

Locker, Clarke e Payne (26) afirmaram que os problemas de saúde afetam a qualidade de vida, contudo, observaram que os doentes crônicos não necessariamente tinham uma baixa qualidade de vida, muitas vezes esses doentes crônicos se consideram com mais qualidade de vida do que indivíduos saudáveis. Em 2003, Allen e MacMilan (11) explicaram esse fenômeno afirmando que a qualidade de vida era uma dinâmica construção que está sujeita a mudar com o tempo. Atitudes individuais não são constantes, variam com o tempo e com a experiência e são modificadas por fenômenos como o enfrentamento, expectativa e adaptação.

Em 1988, Locker apud Allen e MacMilan (11), criou um estruturado questionário, Oral Health Impact Profile (OHIP), que se traduz por Perfil do Impacto da Saúde Oral, que consegue avaliar os resultados de forma individualizada da saúde bucal e os efeitos das desordens orais na qualidade de vida. O OHIP é composto por 49 itens, dividido por tópicos que avaliam as desordens orais pela limitação funcional, dor, desconforto psicológico, inabilidade física, inabilidade psicológica, inabilidade social e incapacidade.

Para exemplificar esse questionário, havia perguntas do tipo “Você já teve que interromper sua refeição devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses?” ou “Deixa de participar de atividades diárias rotineiras em grupos sociais devido a problemas bucais?”, que eram elaboradas justamente para que o indivíduo refletisse sobre sua condição subjetiva e objetiva de saúde bucal, e o pesquisador tivesse informações detalhadas dessas condições. As respostas variaram desde raramente até frequentemente e depois classifica o indivíduo como prejudicado, pois houve uma perda de uma parte do corpo (dentes); inábil, pois há uma falta na habilidade de se realizar determinadas tarefas do cotidiano e por fim em incapacitado. Tal questionário já foi validado em várias pesquisas, contudo uma versão reduzida, OHIP-14, possui apenas 14 questões, sendo duas

questões para cada uma das sete dimensões já citadas e procuram relacionar a condição bucal ou das próteses em uso aos temas de cada dimensão (16). O mesmo vem sendo bastante utilizado para indicar os aspectos de qualidade de vida mais afetados pelo estado da saúde bucal e é um forte aliado para as abordagens de um atendimento integral ao paciente.

Silva, Magalhães e Ferreira (22) aplicaram o OHIP-14 em cinquenta pacientes do Sistema Único de Saúde, em Minas Gerais, e afirmaram que a perda dentária e o uso de próteses inadequadas implicam em impactos negativos na qualidade de vida, especialmente no que se refere á preocupação, estresse decorrente de problemas bucais e a vergonha de não ter dentes. Foi percebido que o menor impacto foi em relação às relações interpessoais (inabilidade social) tal estudo contradiz Rodrigues, Oliveira e Vargas (23) que também através de questionário realizado com 163 pacientes, em Minas Gerais, afirmaram que a participação social é um importante fator de mensuração de qualidade de vida. As condições bucais inadequadas como o edentulismo ou próteses inadequadas tem uma influência negativa nas atividades sociais levando ao isolamento, portanto é um forte fator de inabilidade social.

Em 2012, Viola *et al.* (27) também realizaram um estudo que avaliou o impacto do tratamento reabilitador com próteses novas totais e qualidade de vida. Tal estudo foi realizado por estudantes da pós-graduação em Prótese Dental da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, com um grupo de 70 edêntulos. Os autores aplicaram um questionário específico para edêntulos, baseado no OHIP reduzido, logo após a instalação das próteses e com 3 meses de uso. Constataram que o período de 3 meses é o suficiente para a adaptação das próteses novas e concluíram que houve uma melhora significativa na qualidade de vida quando os pacientes eram reabilitados com próteses convencionais, sendo essas ainda uma boa opção de tratamento reabilitador.

Tais estudos foram pontos de partida para que houvesse mais atenção em relação às desordens orais, visto que as consequências não são apenas físicas, mas psicológicas e sociais. A avaliação do impacto da saúde bucal e a sua importância na qualidade de vida das pessoas, possibilita que se desenvolvam programas mais efetivos de prevenção, além disso, tais dados são importantes na promoção da saúde bucal, gera uma maior conscientização da sociedade, da classe odontológica e dos setores públicos na alocação de recursos financeiros para viabilizar as reabilitações orais.



É importante frisar que a avaliação de qualidade de vida e saúde é vista de forma diferente entre profissionais de saúde e pacientes, como também difere de acordo com a cultura e o nível sócio-econômico daquela população, portanto quanto maior a propagação das informações, mais amplos serão os conhecimentos sobre pessoas desdentadas e melhor será a capacidade de lidar com essa situação.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As perdas dentárias geram conseqüências físicas, psicológicas e sociais. O estado emocional do indivíduo é alterado repercutindo negativamente no bem-estar físico e psicológico. É importante que o CD promova a manutenção e reabilitação da saúde oral, evitando as perdas precoces e esclarecendo o paciente sobre os desajustes gerados pelo edentulismo. É também necessário um conhecimento maior sobre os aspectos subjetivos que envolvem as perdas dentais, detalhar a anamnese, conhecer as dificuldades do paciente na adaptação e aceitação de uma situação nova, como a instalação de próteses dentárias e dividir as responsabilidades com o paciente . Deve haver uma maior atenção da sociedade em relação aos programas de prevenção e de reabilitação oral, principalmente dos setores públicos e por fim estudos mais efetivos sobre edentulismo e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos de saúde. Síntese de indicadores 2008. [on line]. [acessado em 2013 maio 7]. Disponível em:[http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/panorama\\_saude\\_brasil/2008/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/panorama_saude_brasil/2008/default.shtm)
2. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1051-6
3. Davis DM, Fiske J, Scott B, Radford DR. The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *Br Dent J* 2000; 188:503-6
4. Seger L. *Psicologia e Odontologia. Uma abordagem integradora*. 4<sup>a</sup>ed. Editora: Santos, 2009.
5. Ciarântola M. Aspectos psicossociais relacionados á perda dental e uso de próteses em adultos [ monografia ] Piracicaba (SP):UNICAMP, 2010
6. SÁ Camila, Hubner S, Reis SRA. Efeitos emocionais da perda dos dentes em adultos. *Ver Rev Fac Odontol* 2005; 46(2):9-14
7. Wolf SMR. O Significado psicológico da perda de dentes em sujeitos adultos. *Rev.Assoc.Paul.Cir.Dent*.1998;v.52(4) p.307-5
8. Fenlon MR, Sherriff M. Investigation of new complete denture quality and patients satisfaction with and use of dentures after two years. *J Dent* 2004; 32:327-33
9. Baat C, Aken AAM, Mulder J, Kalk W. Prosthetic condition and patients judgement of complete dentures. *J Prosthet Dent* 1997; 78(5):472-8
10. Leles CR, Nakaoka MM, Souza RF, Compagnoni MA. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte I - Avaliação Subjetiva e Queixa dos Pacientes. *Rev Fac Odontol* 1999; 2:61-6
11. Allen PF, MacMilan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc* 2003; 69(10):662a-662e.
12. Fenlon MR, Sherriff M, Newton TJ. The Influence of personality on and patients satisfaction with existing and new complete dentures. *J Dent* 2007; 35:744-748
13. Fenlon MR, Sherriff M. An investigation of factors influencing patients satisfaction with new complete dentures using structural equation modeling. *J Dent* 2008; 36:427-34

14. Smith JP, Hughes BDS. A survey of referred patients experiencing problems with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1988; 60(5):583-6.
15. Inoue LT, Lacerda TSP, Pricole VMS, Zanetti LA. Psicanálise e Odontologia: uma trajetória em construção. *Rev Odontol Univer Cid São Paulo* 2006 ; 18(1):87-92.
16. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3)841-50.
17. Silveira NN, Luft RL, Trentin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *RBCEH* 2007;4(1)48-56.
18. Amante CJ. Desenvolvimento de anamnese estruturada para avaliar a relação do estresse com a doença cárie dental.[ monografia] Florianópolis (SC): UFSC,2004.
19. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. Avaliação do paciente. In; *Medicina Oral*. 1ª ed. Editora Guanabara Koogan S.A.,1985;p.1-18
20. Telles DM. O exame do paciente edentado. O relacionamento do profissional com o paciente. In: Telles DM, Holweeg H, Castellucci L. *Prótese Total Convencional e sobre Implantes*. 2ª reimpressão. Editora: Santos, 2011; p.17-59.
21. Turano JC, Turano LM. Considerações Sistêmicas-O Paciente Geriátrico. In;*Fundamentos de Prótese Total*. 9ªed. Editora: Santos, 2010; p.75-92
22. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3)813-20.
23. Rodrigues MS, Oliveira AC, Vargas AMD, Moreira NA, Ferreira EF. Implications of edentulism on quality of life among elderly. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9:100-9.
24. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Quality Life Outcomes* [serial on line] 2012 [cited 2010];8:126 [11 ecrans]. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/8/1/126>
25. Organização Mundial de Saúde. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida 1998. [site na Internet].[acessado em 2012 set 09]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>
26. Locker D, Clarke M., Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res* 2000; 79(4):970-75

27. Viola AP, Takamiya AS, Monteiro DR, Barbosa DB. Oral health-related of quality life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental school in Brazil. *J Prosthodont Res*; [serial on line].[acessado em 2013 jan 26]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpor.2012.08.003>

## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Quality Life Outcomes* [serial on line] 2013 [cited 2003];1:[8 ecrans]. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>.

Anastassiadou V, Heath MR. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology* 2006; 23:23-32.

Anastassiadou V, Katsouli S, Heath MR, Pissiots A, Kapari D. Validation of communication between elderly denture wearers and dentists: a questionnaire on satisfaction with complete dentures using semi-structured interviews. *Gerodontology* 2002;21:195-200

Jamelli SR, Mendonça MC. Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):1795-800

McGrath C, Bedi R. Can denture improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* 2001; 29:243-6

Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Complete removable prostheses: from expectation to (dis)satisfaction. *Gerodontology* 2009; 26:143-9.