

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL: A QUESTÃO SOCIAL NA
PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

MICHELLE MARTINS BRAGA

O IMPACTO DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO
BALNEÁRIO PRAIA DE LESTE EM PONTAL DO PARANÁ: O CASO DO
BALNEÁRIO PRAIA DE LESTE

MATINHOS

2010

MICHELLE MARTINS BRAGA

O IMPACTO DO EDENTULISMO NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO
BALNEÁRIO PRAIA DE LESTE EM PONTAL DO PARANÁ: O CASO DO
BALNEÁRIO PRAIA DE LESTE

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em
Serviço Social: a questão social na perspectiva
interdisciplinar, como requisito parcial a obtenção do
título de Especialista.

Orientação: Prof^a. Dra. Jussara Rezende Araújo

MATINHOS

2010

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	4
Resumo	5
Abstract	6
1. Introdução	7
2. Revisão da literatura	9
2.1 Edentulismo	9
2.2 O conceito de saúde	11
3. Metodologia e plano da observação	15
4. Descrição e análise de resultados	17
5. Discussão de resultados	26
6. Conclusão	28
Referências	29
Anexo 1 - Questionário	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Avaliação da condição da frequência e procura ao dentista	17
Tabela 2: Avaliação da condição do Edêntulo:.....	19
Tabela 3: Percepção da saúde bucal.....	21

RESUMO

O artigo apresenta um estudo do impacto que a falta dental (edentulismo) causa na qualidade de vida dos idosos residentes no Balneário Praia de Leste, situado no município de Pontal do Paraná. Os sujeitos da pesquisa são os usuários da Unidade Básica de Saúde Praia de Leste. É uma pesquisa interdisciplinar que como tal teve como ponto de partida os problemas reais vivenciados no dia a dia destes usuários. Para a coleta de dados aplicamos um questionário a uma amostra de idosos (acima de sessenta anos de idade) e funcionalmente independente. Buscamos identificar os problemas relacionados com a saúde bucal, com o comportamento em relação à procura e frequência às consultas odontológicas, com a condição de edentulo, para constatar suas percepções da saúde bucal. Os resultados apontaram que a população estudada, apesar de relatar sofrer algum impacto com o edentulismo, apresenta uma situação de conformismo relacionado à sua condição bucal, situação que atribuímos – conforme nossos quadros teóricos de referência sobre a categoria de questão social – ao abandono social ligadas ao processo de envelhecimento, relacionada à histórica falta de políticas públicas no local. Quando há presença de dentes naturais, o impacto tem relevância, uma vez que estes podem trazer desconfortos como dor, cáries e outros transtornos. É essencial citar a formação tradicional/curativa e extrativista dos cirurgiões dentistas da época em que esses idosos eram adultos jovens, na qual possuíam sua dentição natural e foram vítimas dessa odontologia. Conclui-se que a saúde bucal do idoso é bastante precária, e mais reflexões devem ser feitas pelo poder público e pelas equipes de planejamento em saúde bucal a fim de proporcionar maior qualidade de vida na atenção ao idoso aprofundando a discussão sobre as repercussões das práticas odontológicas no ambiente social.

Palavras-chave: Questão Social - Edentulismo - Idoso – Pontal do Paraná

ABSTRACT

The paper presents a study of the impact that lack teeth (edentulism) causes the quality of life of elderly residents in East Beach Spa, located in the Pontal do Paraná. The research subjects are users of the Basic Health Unit in East Beach. It is an interdisciplinary research as such has as its starting point the real problems experienced in everyday life of users. To collect data we applied a questionnaire to a sample of elderly (over sixty years of age) and functionally independent. We sought to identify the problems related to oral health, with the behavior in relation to demand and attendance at dental visits, with the condition of edentulous to see their perceptions of oral health. The results showed that the population studied, despite reporting some impact with edentulism, presents a situation of conformity regarding your oral condition, a situation that we attach - as our theoretical frameworks on the category of social question - linked to social withdrawal the aging process, related to the historical lack of public policies in place. When there is presence of natural teeth, the impact is immaterial, since they seem bring discomfort and pain, cavities and other disorders. It is essential to mention the traditional training / curative and extraction of dental surgeons of the time when these seniors were young adults, which had their natural dentition and were victims of dentistry. It is concluded that the oral health of older people is precarious, and more reflections should be made by the public and the planning teams in oral health in order to provide better quality of life in the elderly care furthering the discussion on the impact of practices dentistry in the social environment.

Keywords: Social Question - Edentulism – Elderly – Pontal do Paraná

1. INTRODUÇÃO

O Brasil está envelhecendo rapidamente, a expectativa de vida no país teve um aumento expressivo. Conforme o IBGE de 2003 a esperança de vida ao nascer no Brasil, para ambos os sexos, subiu de 70,5 anos (do ano de 2000) para 71,3 anos.

O aumento da população idosa faz com que a velhice se torne um assunto social, uma vez que é necessário proporcionar qualidade e não quantidade de anos de vida. Os problemas de saúde na terceira idade causam alterações no modo de viver dos idosos e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos mesmos.

É importante conhecer as mudanças ocorridas no organismo, tanto na mente como no corpo, durante o processo de envelhecimento, pois estas implicarão em modificações no cotidiano de cada pessoa. Mudanças físicas e psicossociais que são fundamentais para a alimentação, a nutrição, a digestão e a fala, além de influenciar na auto-estima do ser humano.

Dentre as mudanças ocorridas na cavidade oral, a mais importante é a perda dental. Observa-se a diminuição do número de dentes após os sessenta anos, interferindo na mastigação, gustação, pronúncia e estética. Esse fato chamou a atenção para a escolha do nosso tema e realização da pesquisa, uma vez que conhecemos as complicações decorrentes da perda dental que incluem: insuficiência mastigatória, disfagia¹ moderada, desordens de articulação e fala; perda de suporte facial com comprometimento estético e atrofia óssea alveolar e do osso basal dos maxilares, sendo que essas complicações podem interferir na qualidade de vida das pessoas. (CALDAS, 2005).

PIUVEZAN (2006) em estudo de enfrentamento das perdas dentárias pela terceira idade observou que psicossocialmente a boca ocupa lugar de importância na vida dos idosos, que expressam através do sorriso os sentimentos de alegria, de sedução e está vinculada a uma idéia de sobrevivência e bem-estar social. A boca edêntula no processo de envelhecimento adquire significados que interdependem de fatores históricos, sociais, culturais, psicossociais e fisiológicos.

¹ Dificuldade de deglutição.

Diante do exposto, este trabalho estuda o impacto que o edentulismo² causa na qualidade de vida dos idosos usuários do serviço público do município de Pontal do Paraná. Buscamos identificar os problemas relacionados com a saúde oral, a auto-percepção que o idoso tem a respeito de sua saúde bucal, o comportamento em relação à procura e frequência ao consultório odontológico e também buscamos mostrar os malefícios causados nas suas vidas.

² Ausência total ou parcial de dentes naturais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Edentulismo:

O edentulismo é a ausência de dentes, caracterizando-se pela retração da bochecha e dos lábios, queixo proeminente, nariz caído, e mordida colapsada. Pode ser considerado como consequência de traumas e doenças bucais, combinados com a deficiência na higiene oral, alimentação inadequada e doenças sistêmicas (RAITZ; SEIBERT).

A ausência de elementos dentais traz limitações que desencadeiam problemas de ordem sistêmica, como intestinais, psicológicas e até mesmo diabetes. Não existem doenças bucais relacionadas diretamente à velhice (UNGERICHT, 2006). Apesar disso, alguns problemas como a diminuição da capacidade mastigatória, a dificuldade de deglutição, a secura na boca, as modificações no paladar e a perda de dimensão vertical (espaço medido da base do nariz à ponta do queixo quando os dentes estão cerrados com a boca fechada) tem efeitos cumulativos negativos e prejudiciais para o indivíduo (DIAS, L. C. S. et al) . A perda de dentes compromete a estética e a expressão facial afetando o aspecto psicológico e a qualidade de vida, já que os dentes são importantes para a comunicação, habilidade de falar e qualidade vocal.

Vários estudos têm demonstrado que a maior parte da população idosa é desprovida de programas odontológicos que possam oferecer tratamentos básicos (CALDAS et al., 2005). No Brasil, ainda são poucos os programas de saúde bucal dirigidos a esse grupo populacional, o que justifica o fato de que as poucas pesquisas epidemiológicas realizadas apresentam uma situação preocupante. A baixa renda da população dificulta o acesso aos serviços privados e nos serviços públicos essa forma de atenção não é prioritária. Como resultado tem-se idosos que apresentam grande quantidade de problemas bucais, tais como perda dental e necessidade de próteses (DIAS, L. C. S. et al).

O edentulismo torna visível uma história da relação do indivíduo com o acesso ou o acesso precário aos serviços de saúde, onde o modelo tradicional o expôs a uma prática imediatista que se preocupava em eliminar a dor sem pensar em

tratamentos mais conservadores ou numa possibilidade de reabilitação futura como podemos constatar no texto a seguir:

Os serviços públicos, incapazes de limitar os danos causados pela cárie por ausência de programas preventivos, realizam extrações em massa e disponibilizam à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamento se acumulem, atingindo níveis altíssimos. Com isso, há grande demanda de tratamentos protéticos, que não são oferecidos à população nem nos serviços públicos, nem nos consultórios particulares, por custos mais acessíveis.

(FERNANDES et al. apud DIAS, L. C. S. et al.,).

Vale destacar que a prática mutiladora ou “exodontia³” empregada durante muitos anos pelos profissionais de odontologia, contribuiu para agravar o alto índice de edentulismo nessa população. Esse procedimento realizado por não possuírem recursos suficientes para a execução de restaurações, pois o sistema de saúde não se encontrava preparado para enfrentar essa nova realidade. Isto não apenas pela falta de infraestrutura para atender a demanda, como também pela falta de preparo da maioria dos profissionais de saúde para dar respostas adequadas aos problemas trazidos pelos idosos, já que a formação acadêmica desses profissionais não continha em sua grade curricular disciplinas voltadas ao público idoso, não tendo, portanto, conhecimentos específicos (CALDAS, 2005).

Outros autores como MELO (2005) também mostram que as dificuldades encontradas nesse campo se associam ao modelo de formação dos profissionais da saúde que não conseguem uma articulação adequada dos modelos de ensino às políticas públicas e às práticas dos serviços.

A procura pelo profissional era somente feita em termos emergenciais, inviabilizando o tratamento do dente seja pelo estado avançado de danos ou pelas dificuldades econômicas. Isso nos mostra que a atual condição de saúde bucal precária do idoso é fruto de um passado onde a população não tinha suficiente e adequado acesso aos serviços odontológicos (PIUVIZAN, 2003).

Vimos assim, como esta prática está conectada com a categoria de questão social já que se configura como uma expressão das desigualdades sociais e a ausência de cidadania e exclusão moral da população idoso sem recursos.

³ Extração dentária.

Soma-se a isto o interessante argumento de UNGERICHT (2006) que defende também que existe uma tendência em culpabilização das pessoas pela própria saúde. Este estudo se embasa no fato de que estas pessoas podem estar vivendo em restritas condições sociais, econômicas e psicológicas. Gerando um fenômeno de ausência de percepção de si, e abandono inconsciente.

Quando se discute a saúde bucal da população idosa, vemos que o edentulismo ainda é aceito pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde (ALMEIDA, 2007).

Várias são as mudanças ocorridas na cavidade bucal durante o ciclo da vida acarretando em consequência a perda de apetite, que se relaciona com a ausência dental e ao uso de prótese dental. Isso se deve ao fato de que indivíduos que usam prótese dental têm somente 1/6 da eficiência da mordida de pessoas com dentes naturais. Assim, os indivíduos com próteses totais tendem a consumir alimentos mais macios, fáceis de mastigar e pobres em nutrientes. O que comprova que o edentulismo causa modificações na vida cotidiana dos indivíduos como a mudança no hábito alimentar e mastigatório causando problemas de absorção dos alimentos, e consequentemente desnutrições e problemas gastrointestinais. (ROSTAND).

2.2 O conceito de saúde:

A saúde é definida não somente como a simples ausência de doença, mas como o completo bem estar físico, mental e social do indivíduo, conforme define a Organização Mundial de Saúde - OMS. Para BOTAZZO, 1998 esta definição parece ser irreal, pois descreve saúde como um estado de perfeição, estático, desconsiderando as constantes mudanças e evoluções fisiológicas, bem como as transformações que ocorrem no plano psíquico e social do indivíduo e da sociedade.

Assim, vamos utilizar aqui a idéia de que saúde é prevenção, são cuidados periódicos, é a atenção sobre si.

A saúde geral e a saúde bucal representam um fator decisivo para a manutenção, na terceira idade, de uma boa qualidade de vida, a qual pode ser definida como ausência de dor, mantendo um olhar sobre si, um auto-conceito positivo e um estado funcional saudável nos domínios físico, social e psicológico

(SOMCHINDA, 2003). De acordo com SOMCHIDA (2003), se a saúde bucal no envelhecimento significará mais qualidade de vida ou um problema adicional, depende do que se possa fazer no campo da promoção da saúde.

A compreensão do que vem a ser saúde é complexa para o senso comum que engloba a noção de saúde com a de bem-estar, por exemplo, quando ouvimos a constatação: “Eu me sinto bem, logo estou com saúde”.

Uma pessoa pode estar bem e não ter conhecimento de uma doença, porém sua condição de vida é muito precária: baixa renda, má alimentação, meio de transportes deficientes, falta de saneamento básico em sua moradia, etc. Mesmo não apresentando nada para seus paradigmas de doença, será que esta pessoa tem saúde? Pensamos que não.

Não tem saúde, pois ao estudarmos o campo da saúde de forma sistemática veremos que sentir-se bem ou ter ausência de doença não significa ter saúde.

Segundo a OMS, saúde é o completo bem estar físico, psíquico e social, e não apenas ausência de doença. Será que isto está claro para o senso comum? Vejamos.

Através dos tempos, as diferentes culturas tentam compreender a relação entre saúde e doença. Mas na nossa realidade vindo pela perspectiva européia que influencia enormemente a realidade brasileira, lá desde a antiguidade, passando pela Idade Média até a Idade Moderna ou Industrial - onde ocorreu o desenvolvimento acelerado do capitalismo, que todos sabemos, foram criadas franjas enormes de ausência de planejamento para as massas populacionais.

Após a Revolução Industrial para o desenvolvimento e consolidação do capitalismo como modo de produção hegemônico, a burguesia estimulou o desenvolvimento das ciências e da técnica, mas o capitalismo significava também miséria e exploração. Na segunda metade do século XIX foi aberto o caminho para os interesses empresariais capitalistas na área da saúde. Precisavam ter um maior controle sobre os trabalhadores urbanos. Foi dada ênfase ao individual, ao biológico e ao técnico e este modelo – no que tange aos cuidados com o dente - recebeu o nome de medicina científica (odontologia científica) com a finalidade de prestar assistência à saúde das pessoas (BOTAZZO et al., 1988).

Ainda conforme BOTAZZO et al, 1988, essa medicina que também tem uma natureza lucrativa deixou de lado os excluídos do modelo de desenvolvimento

capitalista – como os idosos, por exemplo, ignorando os conhecimentos sobre saúde e doença. Com o desenvolvimento material da sociedade no século XIX e início do século XX, desenvolveu-se a idéia de que as condições de vida e trabalho precisavam mudar. As grandes cidades foram saneadas e os trabalhadores organizaram-se em associações e sindicatos levando a obtenção de melhores condições de vida e de trabalho.

E conforme CALDAS (2005), até a década de 60 a saúde bucal no Brasil era tradicional e se baseava na maioria das vezes nas exodontias dos elementos dentais. No final do século XX, passou a se preocupar com a prevenção. Somente para o século XXI a saúde bucal deixou de ser apenas concepção de dentes preservados, e sim, qualidade de vida.

As alterações ocorridas na forma de produzir e de consumir na sociedade é que foram e são as responsáveis pela modificação na situação da saúde da população.

A possibilidade de uma pessoa alcançar o completo bem-estar físico, mental e social dependerá do grupo social ao qual pertença, da ocupação principal da pessoa, do quanto tem de rendimento financeiro, do nível de escolaridade, do acesso a maiores informações, do consumo, do acesso aos serviços de saúde e outros.

Nos dias atuais, as pessoas são habituadas a associar saúde com assistência à saúde, o que aponta claramente para a ausência de melhora no nível de saúde da humanidade.

O conceito de saúde coletiva institucionalizou-se no Brasil apenas na década de 70, e como um conceito programático articulador entre ciências sociais e o campo da saúde para a determinação do processo saúde- doença, para a superação da dicotomia preventiva - curativa e da prática individual e de ações coletivas de atenção à saúde. Foi o ano de mudanças no pensamento da América Latina, das Ciências Sociais e do agente social pela medicina social e preventiva (MELO, 2005).

Na prática, a filosofia de prevenção começou a se estabilizar e difundir-se na década de 1990, fim do século XX, entre ações em saúde bucal. A saúde integral incluindo a saúde bucal do indivíduo como um todo ainda é uma visão a ser

expandida na classe odontológica e médica, principalmente entre profissionais mais antigos e devido à grande extensão geográfica brasileira (CALDAS, 2005).

Na odontologia, o paradigma de promoção de saúde começou recentemente e vem promovendo uma abordagem diferente de atuação. Este paradigma está em construção e tem a preocupação de reconhecer o ser humano integral e singular, inserido no contexto social, não visando somente o dente, a coisa a ser tratada do indivíduo, mas os dentes na vida cotidiana com seus familiares e com a equipe de trabalho e nas suas relações sociais.

Mas um fato importante ainda que deve ser destacado é a tendência em o Estado culpabilizar o indivíduo pela própria saúde, não levando em consideração as condições sociais, econômicas e psicológicas (UNGERICHT, 2006) e nem oferecendo serviços em instâncias municipais, em bairros, balneários e outros lugares de acesso mais possível para a população excluída do modelo de desenvolvimento capitalista.

É o caso do pequeno município de Pontal do Paraná. Município criado sob a perspectiva de atender turistas que na época da temporada chegam naquele espaço criou também uma enorme franja de população de fora da temporada fica à mercê de pequenos trabalhos e pouco rendimento.

Assim, fomos colher dados de como este fenômeno acontece neste espaço.

3. Metodologia e plano da observação:

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2010 por meio de exame bucal e questionário. O critério de escolha dos idosos foi pela idade dos mesmos, que deveriam ter idade acima de sessenta anos, serem ainda funcionalmente independentes, não importando o sexo, residentes no balneário de Praia de Leste e que freqüentassem a Unidade Básica de Saúde de Praia de Leste (UBS-PL).

Nossa amostra foi de trinta e quatro idosos e aplicamos um questionário contendo perguntas sobre (a) a idade – a fim de verificar se estavam dentro dos parâmetros de seleção; (b) a procura e a freqüência aos serviços odontológicos com o intuito de investigar se os idosos possuem o hábito de freqüentar rotineiramente o dentista ou apenas o procura quando há necessidade e (c) os motivos que os levam a tomar tais atitudes; também haviam questões (d) relacionadas à condição de edentulo para verificar se edentulo total ou parcial, (e) se é usuário ou não de próteses dentárias reabilitadoras e (f) as dificuldades causadas por essas condições; e completamos com questões relacionadas com (g) a percepção da pessoa sobre sua saúde bucal e (h) os aspectos negativos e positivos causados em sua vida cotidiana.

Além do questionário, e para verificação da condição de edentulo, foi realizado um exame clínico intraoral no consultório odontológico da Unidade Básica de Saúde de Praia de Leste. Serviços que fazemos em nosso cotidiano como profissional na UBS de Pontal do Paraná.

A pesquisa, assim, não necessitou de autorização da Comissão de ética já que se configurou como uma reflexão teórica sobre as condições de edentulismo em pacientes que são usuários dos serviços onde, fazem parte do nosso cotidiano de trabalho, e principalmente, os mesmos não se encontram em situação de fragilidade ou de necessidade de serem tutelados, e ainda possuem idade e condições plenas de aceitar ou recusar ser parte do nosso estudo.

A vigilância epistemológica nos ensina que num estudo de caso problema, tema e contexto devem prevalecer numa situação de comportamento ético por questões naturais e não por normas e regulamentos que acontecem de cima para baixo.

Nossa abordagem com os sujeitos da pesquisa foi sob uma perspectiva acadêmica e não moralizante; e as entrevistas foram realizadas pelos agentes comunitários de saúde e auxiliar de consultório dentário em visita domiciliar e também no nosso consultório odontológico da UBS-PL onde o exame clínico é realizado cotidianamente por nós, como parte mesmo da nossa atuação profissional cirurgiã dentista.

O questionário teve um total de treze perguntas, sendo duas abertas onde os participantes puderam citar mais de um transtorno causado pelo edentulismo.

Na questão de número seis, onde perguntamos qual o motivo de sua última visita ao dentista foram abertas três opções sendo: (1) exame de rotina, (2) dor e a (3) onde os idosos puderam relatar outras razões para a procura dos serviços odontológicos.

As respostas coletadas foram tabuladas em forma de diagramas para a etapa descrição, análise e discussão dos resultados.

4. Descrição e análise dos resultados:

Vejamos agora os resultados da coleta de dados após a tabulação das respostas em forma de tabelas.

Tabela 1: Avaliação da condição da freqüência e procura ao dentista

Freqüência e procura		Feminino	Masculino
Visita o dentista regularmente?	Sim	01	01
	Não	21	11
Qual a freqüência?	Nunca	02	02
	<01 ano	03	02
	1-2 anos	03	00
	2-5 anos	03	00
	5-10 anos	03	03
	+ de 10 anos	08	05
Qual o motivo da última visita ao dentista?	Rotina	00	01
	Dor	05	04
	Prótese	12	05
	Canal	01	00
	Restauração	00	02
	Extração	04	00
Como se sente ao ir ao dentista?	Muito nervoso	02	00
	Bastante nervoso	02	02
	Pouco nervoso	02	00
	Nada nervoso	16	10
Influência na procura?	Sim	04	01
	Não	18	11

Ao interpretar a Tabela 1 que diz respeito à freqüência e à procura desses idosos ao consultório odontológico detectamos que a maior parte dos entrevistados não possui o hábito de fazer consultas rotineiras ao dentista. Isso nos incita a indagar o porquê desses indivíduos não estarem procurando os serviços

odontológicos. Seria a falta de informações, ou a falta de acesso aos serviços? Quando se refere à falta de informação, significa que inexitem - na realidade desses idosos - orientações adequadas sobre a importância da saúde bucal e sobre medidas de prevenção ao qual se inclui as visitas de seis em seis meses ao dentista. Isso se dá pela falha existente nos serviços públicos, que coloca esses idosos em uma situação de exclusão, uma vez que inexitem programas preventivos voltados a essa classe, pois os programas são voltados aos adultos e crianças. No que se refere à falta de acesso, pode ser entendido pelas dificuldades provenientes da distância existente entre o indivíduo e os serviços de saúde e a falta de meios de transportes, sem deixar de mencionar o número da demanda superior à oferta de consultas, que corrobora para esta questão de falta de acesso.

Quando perguntamos qual a frequência que esses idosos haviam procurado o atendimento odontológico, percebemos que a maior parte não visita o dentista há mais de dez anos, evidenciando a falta de acesso desses idosos aos serviços odontológicos, tanto em termos demográficos territoriais quanto pela falta de unidades básicas que atendam as necessidades desses indivíduos.

Dentre os entrevistados, quatro relataram nunca ter ido ao dentista. O fato de nunca terem frequentado o consultório odontológico e terem perdidos os dentes demonstra a precariedade de nosso sistema de saúde e nos faz imaginar o quanto esse indivíduo sofreu com dores e quantos transtornos isto trouxe à vida deste idoso.

A relação nervosismo e consulta odontológica foi questionada sendo que a maioria dos entrevistados relatou não sentir nenhum tipo de nervosismo antes da consulta. Isso nos mostra que não há, nesse caso, interferência do medo com a procura aos serviços. Indicando que a evasão às consultas se deve aos fatores aqui destacados como o problema do acesso aos serviços e mesmo a falta destes serviços por parte do Estado.

Os que relataram sentir bastante nervosismo ao frequentar o dentista e de sua influência na decisão em não procurar o mesmo se deve ao fato desses pacientes edêntulos terem passado por procedimentos muito traumáticos como as exodontias, o que justifica o medo, especialmente quando se pensa em um passado próximo, onde os recursos humanos e tecnológicos eram bastante limitados.

Tabela 2: Avaliação da condição do Edêntulo.

Condição do Edêntulo	Feminino	Masculino
Usa Prótese Dental Superior	05	05
Usa Prótese Dental Inferior	00	00
Usa Prótese Dental Inferior e Superior	13	02
Não usa Prótese dental	04	05
Perda Dental trouxe dificuldades em:		
Comer	15	06
Falar	06	06
Higienizar	03	01
Dormir	01	02
Sorrir sem Constrangimento	05	02
Levar vida normal	06	03
Ter satisfação em encontros sociais	06	02

Ao analisamos a condição do edêntulo, verificamos que dez idosos usam próteses superiores isoladas, ou seja, passaram por um processo de reabilitação somente da dentição superior da boca.

Cem por cento dos entrevistados não usam prótese inferior isolada, ou seja, não receberam atendimento reabilitador e/ou não se adaptaram ao uso desta, isso se deve ao fato de o indivíduo ter que re-aprender a viver com as perdas dentárias enfrentando dificuldades e tentando tornar a nova situação em algo familiar. O ideal para pacientes edêntulos seria uma reabilitação protética tanto superior quanto inferior (se na condição de edêntulo superior e inferior).

Conforme vimos em DIAS, o uso de próteses dentárias traz complicações como diminuição do fluxo salivar e diminuição da capacidade mastigatória interferindo na deglutição adequada dos alimentos. Nem sempre o idoso lida bem com a necessidade do uso de prótese, uma vez que se fazem necessárias mudanças nos hábitos alimentares e de higiene. A mudança na alimentação muitas vezes traz como conseqüência quadros de anemia, uma vez que a dieta deve ser

mais pastosa, com uma predominância mais de carboidratos e de alimentos menos consistentes, privando o indivíduo de se alimentar adequadamente. (DIAS, L. C. S. et al.).

PIUVEZAN (2005), ao estudar as perdas dentárias sob a ótica do idoso mostrou que a dificuldade de adaptação à prótese representa uma resistência ao novo onde o indivíduo traz uma memória biológica e afetiva em relação aos dentes naturais. Ao ficar edêntulo, o indivíduo terá de passar por um processo de readaptação aos processos de mastigação, deglutição e digestão.

Encontramos também uma quantidade significativa de indivíduos que não fazem uso de próteses nem superiores e nem inferiores, o que traz mais prejuízos sobre a qualidade de vida e o bem-estar dessas pessoas, uma vez que os dentes são essenciais às condições de saúde.

“A perda dental ou o uso de prótese trouxe dificuldades na vida do senhor (a) em?”, essa pergunta continha sete opções com a possibilidade de escolha de mais de uma alternativa. A opção mais assinalada pelos entrevistados foi a de que sentem grande dificuldade em comer depois que perderam os dentes naturais, o que evidencia as limitações impostas pelas ausências dentárias a uma condição essencial à vida. Esta dificuldade interfere na mastigação da comida trazendo conseqüências negativas para a digestão, além de promover o aparecimento de várias doenças comprometendo a qualidade de vida. O ato de comer pode retratar a satisfação de um desejo, o que estabelece uma relação entre a alimentação e o prazer, e assim os indivíduos encontram-se impelidos a suprir seus desejos (PIUVEZAN, 2005).

Doze dos trinta e quatro participantes incluíram a dificuldade em conversar. A perda dental traz como conseqüência o comprometimento da fala. A limitação fonética traz à tona uma prática odontológica mutiladora, onde a impossibilidade de pronunciar corretamente as palavras fica visível. Esta questão nos mostra uma dimensão psicossocial ao impor ao indivíduo uma comunicação/expressão desfavorável, sendo assim, a ausência de dentes prejudica a interação social do indivíduo com o grupo, comprometendo sua qualidade de vida (PIUVEZAN, 2005).

Quatro dos idosos entrevistados também relataram dificuldades em higienizar. O processo de higiene bucal é um ato de incômodo no edêntulo, uma vez que exige a retirada da prótese para a limpeza adequada e isso tende a gerar constrangimento

ao portador. DIAS, L. C. S. et al. Já edêntulos que não fazem o uso de prótese não realizam escovação por acharem que não há necessidade. Quando são parcialmente edentados, ou seja, possuem algum dente natural, a necessidade de escovação também existe o que causa transtornos maiores.

A opção dormir foi escolhida por três dos idosos, isso se deve ao fato dos edêntulos sentirem dores de cabeça, incômodos gengivais, dores articulares, fazendo com que tenham noites mal dormidas e sem o descanso adequado que acabam prejudicando sua saúde em diversos aspectos.

O estudo nos mostra que mulheres sentem-se mais constrangidas que os homens quando se diz respeito ao sorriso e ao relacionamento com outras pessoas e também na participação de encontros sociais. Em termos psíquicos sociais a boca ocupa um lugar de importância mais para o sexo feminino que para o masculino neste grupo, em concordância com a análise dos resultados onde a maioria foram mulheres que escolheram esta opção. Através do sorriso expressamos os sentimentos de alegria, de sedução, além de estar vinculada a uma idéia de sobrevivência e bem-estar social (PIUVEZAN, 2006).

A boca edentada no processo de envelhecimento adquire significados que interdependem de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e fisiológicos, ainda conforme PIUVEZAN (2006).

Relatos citados por RAITZ (2006) são condizentes com o nosso trabalho, quando diz que devido à perda dentária, a mastigação deixa de ser perfeita mesmo com o uso de prótese, levando às modificações que afetam o aparelho digestivo, a fala, deglutição e mastigação, trazendo problemas fisiológicos, ou também psicológicos, interferindo no convívio social do idoso.

Tabela 3: Percepção da saúde bucal

Percepção da saúde bucal	Feminino	Masculino
Como avalia a saúde bucal?		
Excelente	01	00
Muito boa	10	06
Razoável	08	05
Ruim	03	01

Péssima	00	00
A que atribui à perda dental?		
Falta de acesso	05	03
Dentista preferiu extrair	03	02
Falta de cuidado próprio	07	07
Condições Financeiras	06	00
Uso de medicamentos	02	01
Devido à idade	04	03
Devido a Doenças	02	00
O que mudou no cotidiano a falta dental?		
Mau Hálito	03	00
Dor	01	00
Vergonha	08	01
Problemas Estomacais	04	01
Dificuldade em se alimentar	05	01
Melhorou com a Prótese	01	01
Nada mudou	08	07
Piorou tudo	01	01

A auto-avaliação da condição de saúde bucal foi realizada por meio da pergunta: como você avalia a sua saúde bucal? Como respostas, tivemos variações de excelente à péssima. Analisando a tabela notamos que a percepção que o idoso tem a respeito de sua saúde bucal foi considerada satisfatória já que a maioria a avaliou como sendo muito boa e razoável. Esses dados revelam que esta população percebe sua condição bucal como positiva, levando em consideração apenas a ausência de dor, não se importando com a condição de edêntulo.

As perdas dentárias revelam uma história da relação do indivíduo com a falta de acesso aos serviços públicos de saúde, ou seja, relatam a existência de dificuldades devido à distância e a grande quantidade do número de usuários do serviço e quando conseguia consultar, a doença já estava instalada. A prática

odontológica da época era tradicional, ou seja, curativa, onde apenas se tratava a doença já instalada e não se pensava numa odontologia preventiva.

Neste grupo, a falta de condições financeiras foi citada somente pelo sexo feminino, que associou à falta de acesso, atribuindo a estes as perdas dentais. Não possuía condições financeiras para freqüentar um atendimento particular e o serviço público era distante, além de não dar conta da demanda.

Ambos os sexos, em sua maioria, acordaram que a causa da perda dental foi a falta de cuidado próprio, a higiene dental, não acharam tão importante o cuidado com a saúde bucal. O que demonstra que essa geração sofre as conseqüências de um modelo odontológico de extração do dente e curativo já mencionado.

Tanto os homens como as mulheres citaram o uso de medicamentos, as doenças causadas pela idade e o próprio processo de envelhecimento como sendo os responsáveis pela perda dental. Sabemos que alguns medicamentos utilizados por doenças causadas pela idade podem interferir de maneira indireta na saúde bucal dos idosos, mas não causando como conseqüência a perda dental. Quando citado o próprio envelhecimento como causa do edentulismo, nos leva a afirmar que a perda dental é considerada pela sociedade como algo normal e inevitável. O idoso é visto como um indivíduo desdentado, o que infelizmente traduz a realidade atual. De acordo com os relatos, a perda dos dentes, com o passar dos anos, foi sendo vista como uma conseqüência natural dentro do processo de envelhecimento.

Também atribuíram ao próprio dentista a culpa de terem extraídos os elementos dentais, o que nos coloca a pensar se as condições dentais já não eram tão favoráveis ou se as técnicas odontológicas não eram tão preservativas e preventivas. Devido ao alto custo do tratamento odontológico em consultórios particulares, eles disseram optar pelo atendimento em postos de saúde onde o tratamento oferecido era, na época, a maioria das vezes, a exodontia. Este fato pode ser constatado nos relatos citados por CALDAS (2005) que mostra que as piores condições bucais, em termos de perdas dentais, estão nas classes menos favorecidas e se explica pelo menor acesso dessas classes aos serviços odontológicos.

“O que mudou em sua vida com a perda dental?” Quando feita essa pergunta, notamos que uma pequena parte masculina associou a perda dental com a insatisfação com a aparência, a dor, o mau hálito e dificuldades em se alimentar.

Para mulheres, a estética parece ser um dos maiores incômodos, seguida pela dificuldade em se alimentar corretamente, trazendo como consequência problemas estomacais e mau hálito.

A estética remete os indivíduos ao comprometimento do aspecto físico promovido pela mutilação dentária, que se constitui como manifestação da expressividade corporal vivenciada por eles internamente. As perdas dentárias trazem mudanças físicas, biológicas e emocionais, uma vez que a ausência de dentes produz uma autopercepção de estranhamento bucal, de mudança de hábitos bucais e cotidianos (PIUVEZAN, 2006).

Ainda conforme PIUVEZAN (2006) a categoria estética permite, então, observar como estes indivíduos assumem-se e enxergam-se desdentados, fazendo emergir a relação entre o feio/bonito. Esta relação é uma questão inerente ao processo de envelhecimento, e a ausência de dentes acentua as linhas de envelhecimento e as rugas, deformando o rosto. E mesmo o uso de prótese, que é um tratamento reabilitador, não consegue devolver a este indivíduo a mesma conformação da face quando da presença dos dentes naturais.

Este mesmo rosto envelhecido e deformado pelas perdas dentárias tem sido representado nas artes numa associação natural entre o envelhecimento e o desdentamento, fato confirmado por WOLF (1998) ao afirmar que o imaginário popular ainda contém a idéia de que a velhice significa ausência de dentes, bem ilustrado nas artes, literatura, pintura e fotografia em que o idoso é representado como indivíduo desdentado (PIUVEZAN, 2006).

A resposta “nada mudou com a perda dentária” tem relevância para ambos os sexos. Alguns até acharam que melhorou. Nesse caso, é necessário considerar o fato de que a presença de dentes pode significar a possibilidade de cárie, dor, mobilidade dental, e ainda a necessidade de cuidados com a higiene oral, o que pode ser entendido pelo indivíduo como um problema. Ressaltando que os idosos, devido a fatores culturais, têm uma tendência a superestimar a sua saúde bucal e considerar a perda dental um processo natural e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde (ALMEIDA, 2007).

Poucos citaram ter piorado com a perda dental. Os dados mostram que há uma alta percepção desses indivíduos em relação aos problemas bucais, tendo citado dor, vergonha, problemas estomacais e dificuldades em se alimentar. Apesar

desses idosos também reconhecerem os malefícios causados pelas perdas dentárias (comer, falar, higienizar, dormir, sentir-se constrangido ao sorrir, perder a satisfação com o convívio social e dificuldade em levar uma vida normalmente), quinze deles responderam que nada mudou em suas vidas, o que evidencia que a percepção da saúde bucal teve pouca influência nas condições clínicas, constatando a necessidade de se desenvolver políticas preventivas voltadas a população.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

O envelhecimento é percebido de maneira heterogênea entre os idosos entrevistados aparecendo visões positivas e negativas em relação à saúde bucal. A elaboração sobre as ausências dos dentes foram diversas, demonstrando os prejuízos sobre a qualidade de vida e o bem-estar mediado pelas limitações biológico-fisiológicas, pelos constrangimentos estéticos, sociais e pelas implicações da condição de edêntulo.

A maior parte dos entrevistados teve a percepção de sua saúde bucal como sendo bom, o que nos induz ao raciocínio de que a ausência de dentes traz menos transtornos a essa população do que a presença dos mesmos, uma vez que a presença dental pode gerar problemas como cáries, dor e outros - o que pode ser entendido pelo idoso como um problema. Os que consideraram como ruim foram em menor parte e geralmente possuíam algum dente natural em sua arcada dentária.

A população deste estudo possui a percepção, em relação à saúde bucal, distinta daquela idealizada por qualquer profissional da odontologia. Esta percepção está relacionada às questões culturais que não podem ser desprezadas, já que estas pessoas convivem a maior parte de sua vida com a idéia de que a perda dental é natural. Isto não deve ser visto como barreira para possibilidade de transformação. Devido aos fatores culturais, os idosos têm tendência a superestimar a saúde bucal e considerar a perda dental como algo natural (ALMEIDA, 2007).

É importante reconhecer que a autopercepção de saúde bucal e a identificação do impacto gerado pela condição bucal no cotidiano das pessoas possui grande importância no planejamento de estratégias que buscam a melhoria da condição oral da população.

Durante a coleta de dados, os entrevistados relataram sofrer algum tipo de impacto pela saúde bucal e associaram com limitações da função em grande parte aos problemas que teriam tido com os dentes ou com a falta deles, associando a perda dental com a insatisfação com a aparência, dificuldades em se alimentar e problemas estomacais. Dor e mau hálito foram associados à presença dental. Observamos que uma grande parte dos entrevistados, apesar de citarem problemas ocorridos com a falta dental, relata não ter sofrido nenhuma mudança em sua vida

com a perda de seus dentes naturais e a isso atribuímos o conformismo ao qual a perda dental é vista como algo natural dentro do processo de envelhecimento.

Um fato importante a ser considerado é que os idosos tiveram seus hábitos formados numa época em que a odontologia preventiva ou de promoção de saúde ainda era centrada no modelo tradicional das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo as técnicas e recursos para prevenção e manutenção dos dentes na cavidade bucal limitados. Assim, era considerada normal a eliminação dental como uma forma viável de tratamento, principalmente para baixa renda e isso explica porque alguns idosos atribuíram a perda dental ao dentista.

A saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. Entra como um problema das expressões das desigualdades. O edentulismo ainda é aceito como algo normal e natural com o avanço da idade e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde destinadas principalmente à população adulta para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas.

Neste sentido pensamos que nosso trabalho oferece dados sobre o modo de enfrentamento das ausências dentárias pelos indivíduos da terceira idade estudados, no caso de um pequeno município do Litoral do Paraná cuja realidade observada é fruto do descaso público, da ausência de Políticas Públicas e – ainda podemos apontar – a falta de informações aos cidadãos.

7. CONCLUSÃO

A saúde bucal do idoso encontra-se debilitada e as equipes que trabalham na atenção à saúde do idoso devem ter como objetivo a luta contra as limitações à vida dada pela forma como a sociedade e o poder público lidam com o envelhecimento. Os limites oferecidos pela idade não devem impedir o idoso de ter uma vida feliz, saudável, que tenham relacionamentos afetivos e encontros sociais. Porém, as doenças bucais podem trazer limitações que influenciem na qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

Tendo em vista as expressões da questão social, vimos que os problemas estão inseridos em problemáticas de exclusão social, de falta de políticas públicas adequadas para esse público e do despreparo dos profissionais da área para atendimento em odontogeriatria visando mais atenção a esta população.

As equipes de planejamento em saúde bucal necessitam formular estratégias que busquem a melhoria da condição oral da população a fim de proporcionar maior qualidade de vida ao idoso aprofundando a discussão sobre as repercussões das práticas odontológicas no ambiente social. É primordial que estes idosos tenham acesso aos serviços tanto de modo demográfico, funcional e econômico como também possam desfrutar de uma reabilitação oral adequada podendo aumentar suas redes sociais e viver melhor consigo mesmo e com a sociedade.

Esperamos com este trabalho que os dados aqui levantados contribuam também para o planejamento de cursos de capacitação e qualificação de profissionais que tenham o objetivo de proporcionar maior qualidade na atenção ao idoso, bem como programas preventivos e educativos com maior coerência entre teoria e prática, baseados no diálogo com os próprios idosos e utilizando seus valores.

O modelo odontológico assistencialista e curativo deve ser superado pelo modelo baseado na promoção de saúde e no suporte social, devendo ser estruturado e viabilizado de maneira que supra as necessidades dos idosos e melhore a sua qualidade de vida e bem-estar.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA, M. B. et al. **O papel da saúde bucal na promoção da saúde do idoso.** Odontologia e Sociedade. 9 (3). Ceará, 2007
- ARAÚJO, S. S. C. de et al. **Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil.** Interfase: comunicação, saúde, educação, v.9, n.18, p.203-16, jan/jun 2006. Santo Agostinho: Salvador, 2006.
- BOTAZZO, C. et al. Saúde Coletiva. p.08-14. Curso de THD do SUDS-SP. São Paulo, 1988.
- CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. **O Impacto do Edentulismo na qualidade de vida de idosos.** Revista Ciências Médicas, 14(3): 229-238, maio/jun; Campinas, 2005.
- DIAS, L. C. S. et al. **Interferência da condição de saúde bucal do Idoso em sua vida social e afetiva.** 10f. Artigo Bolsista Universidade do Vale do Rio Doce – MG (online). Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2008/D08A135-pdf>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- MELO; M. B. de. **Saúde Coletiva e Pós Graduação em Odontologia.** RBPG, v.2, n.3, p.55-74, mar. 2005.
- PIUVEZAN, G. et al. **Enfrentando as perdas dentárias na Terceira Idade: um estudo de representações sociais.** Cadernos Saúde Coletiva, 14 (4): 597-614, Rio de Janeiro, 2006.
- PIUVEZAN, G. et al. **Perdas dentárias sob a ótica do idoso.**Odontologia Clínica Científica, 5 (4) : 299-306, out/dez, Recife, 2006.
- RAITZ,E.A.; SEIBERT C.M. **Edentulismo em idosos residentes em Brusque (SC): Levantamento Epidemiológico e Percepções dos Sujeitos.**Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Cirurgião Dentista.Curso de Odontologia da Universidade do Itajaí.Itajaí, 2006.
- REIS, S. C. G. B.;MARCELO, V.C. **Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos.** Ciênc. Saúde coletiva. vol.11, n. 1. Jan/mar. Rio de Janeiro, 2006.
- ROSTAND, J. **Não somos velhos enquanto buscamos.** Caderno de um Biologista, (online) disponível em <www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>. Acesso em: 04 jun. 2010.

SILVA, M. E. S. de etc. al. **Impacto da perda dentária na qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva. 15 (3): 841-850. 2010. Belo Horizonte, 2010.

SOMCHINDA, A.; FERNANDES, F. C. **Saúde e qualidade de vida na Terceira Idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados.** 87 p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) ABO – DF , Brasília, 2003.

SOUZA, R.A; SALIBA, O. **Análise de registro das intervenções em saúde bucal.** Cad. Saúde Pública, 19 (5) : 1381-1388, set/out , Rio de Janeiro, 2003.

UNGERICHT, L. G. D. **A Saúde Bucal na Terceira Idade : O impacto odontológico no cotidiano dos idosos .** Dissertação (Mestrado em Saúde Publica) Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis, 2006.

ANEXO 1**QUESTIONÁRIO**

Número de identificação: _____

Data: ____/____/2010

- 1) Idade ____ anos
- 2) Sexo: () Masculino () Feminino
- 3) O Senhor (a) visita regularmente o dentista?
() Sim
() Não
- 4) Qual a freqüência que o Senhor (a) costuma freqüentar o serviço odontológico?
() Nunca
() Menos de um ano
() De 1 a 2 anos
() Entre cinco e dois anos
() Entre cinco e dez anos
() Mais de dez anos
- 5) Qual foi o motivo da última consulta odontológica do Senhor (a) ?
() Exame de rotina
() Dor
() Outra razão. Qual? _____
- 6) Como o Senhor (a) se sente quando vai ao dentista?
() Com medo, muito nervoso
() Bastante nervoso
() Um pouco nervoso
() Nem um pouco nervoso
- 7) Em relação a pergunta anterior, isso influencia na sua procura ao dentista?
() Sim () Não
- 8) O Senhor (a) possui dentes ou usa dentadura?
Prótese Superior _____
Prótese Inferior _____
- 9) A ausência dental ou o uso de prótese tem trazidos dificuldades na sua vida em:
() Comer?
() Falar ou pronunciar as palavras com clareza?

- Limpar os dentes?
- Dormir ?
- Sorrir sem constrangimento?
- Continuar a vida normalmente?
- Ter satisfação nos encontros sociais com outras pessoas?

10) Como o Senhor (a) avalia a sua condição bucal?

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Ruim
- Péssima

11) A que o Senhor(a) atribui a perda de seus dentes?

12) O que mudou na vida do Senhor (a) com a perda dos dentes?
