

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**OS IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS NA SAÚDE GERAL
DOS ADULTOS GERADOS PELA AUSÊNCIA DE SAÚDE BUCAL**

MÔNICA ÁGDA DOMINGOS

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2012

MÔNICA ÁGDA DOMINGOS

**OS IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS NA SAÚDE GERAL
DOS ADULTOS GERADOS PELA AUSÊNCIA DE SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2012

MÔNICA ÁGDA DOMINGOS

**OS IMPACTOS BIOPSIKOSSOCIAIS NA SAÚDE GERAL
DOS ADULTOS GERADOS PELA AUSÊNCIA DE SAÚDE BUCAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Agma Leozina Viana Souza - Orientadora

Bruno Leonardo de Castro Sena - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: 01/12/2012

Dedico este trabalho a Deus que me capacitou a realizá-lo e à minha família que sempre me apoiou nos meus estudos.

Agradeço ao orientador Bruno Sena por seu apoio e
inspiração no amadurecimento dos meus conceitos
e conhecimentos durante a execução e conclusão
deste trabalho.

RESUMO

A saúde bucal dos adultos por muito tempo tem sido negligenciada por ter a atenção voltada para a faixa etária de 05 a 14 anos. Devido ao restrito acesso da população adulta aos cuidados da saúde bucal, a faixa etária de 35 a 44 anos possui uma alta taxa de edentulismo quando o cuidado que recebem ao buscar atendimento nos postos odontológicos restringe à exodontia. A falta dos dentes parcial ou total acarreta consequências tanto no âmbito biológico quanto no psicológico. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi avaliar quais as consequências sistêmicas e psicológicas que acometem os adultos que se submetem constantemente ao tratamento mutilador provocado pela ausência de uma atenção a saúde bucal voltada especificamente para o público adulto. As informações foram obtidas através de revisão de literatura incluindo artigos pertinentes ao assunto em questão entre 1998 e 2011 nas seguintes bases de dados: SCIELO, Google Acadêmico e Bireme. Esta busca durou 4 meses (de janeiro /2012 a Abril/2012) e foram encontrados 35 artigos relacionados ao tema escolhido. Após análise dos referidos artigos pôde-se constatar que a saúde bucal esta intrinsecamente ligada á saúde geral. A ausência de saúde bucal ameaça a integridade da saúde geral nos aspectos biológicos, sociais e psicológicos. O edentulismo implica em impactos negativos na qualidade de vida como desconforto psicológico, inabilidade social além do estresse decorrente de problemas na boca e à vergonha. O cirurgião-dentista tem um papel fundamental na manutenção da saúde geral, pois sua atuação na manutenção da saúde bucal em ações de promoção e prevenção garante qualidade de vida e saúde, direito inerente de toda população.

Palavras chaves: Saúde Bucal, Adulto, Qualidade de Vida, Psicologia, Edentulismo.

ABSTRACT

The oral health of adults has long been neglected by having the attention on the age group 05-14 years. Due to limited access of adult oral health care to the age group 35-44 years have a high rate of edentulism when the care they receive when seeking dental care in posts restricted to extraction. The lack of teeth or part has consequences both in the biological and the psychological. In this sense, the objective of this study was to evaluate which systemic and psychological consequences that affect adults who undergo constant treatment caused by the crippling lack of attention to oral health specifically targeted for adult audiences. Information was obtained through literature review including articles relevant to the subject between 1998 and 2011 in the following databases: SCIELO, Google Scholar and Bireme. This search lasted four months (January/2012 a Abril/2012) and found 35 articles related to theme chosen. After analysis of those articles could be seen that oral health is inextricably linked to general health. A lack of oral health threatens the integrity of the overall health of the biological, social and psychological. It edentulism implies negative impact on quality of life, and psychological distress, social disability, and stress caused by problems in the mouth and shame. The dentist has a key role in maintaining overall health for his role in the maintenance of oral health promotion and prevention ensures quality of life and health inherent right the entire population.

Key words: Oral Health, Adult, Quality of Life, Psychology, Edentulism.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIJ - Artrite Idiopática Juvenil

AR - Artrite Reumatoide

CPO – Cariados, Perdidos, Obturados

DAC – Doença Arterial Coronariana

DM - Diabetes Melito

DM1- Diabetes Melito tipo 1

DP - Doença Periodontal

MDN- Mediastinite Descendente Necrosante

PAI - Plasminogênio

PCR- Proteína C Reativa

PGE- Prostaglandinas

SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes

TNF - Fator de Necrose Tumoral

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	11
3.1- Objetivo Geral	11
3.2- Objetivos Específicos	11
4. METODOLOGIA	12
5. REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1 - Edentulismo, Mastigação e Nutrição	13
5.2 - Doenças Periodontais e Condições Sistêmicas	14
5.3 - Cárie Dental e sua Correlação com a Saúde Sistêmica	17
5.4 - Significado Psicológico da Boca e dos Comportamentos Orais	20
5.5 - Impactos Psicossociais na Ausência da Saúde Bucal	22
6. DISCUSSÃO	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SB Brasil 2010 possibilitou um comparativo com o ano 2003, época da implantação do Programa Brasil Sorridente, além de buscar conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e avaliação das ações e serviços junto ao SUS e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

A pesquisa, realizada em 177 municípios com 38 mil pessoas de diferentes grupos etários, aponta que melhorou o acesso da população adulta aos serviços; na população com idade entre 35 e 44 anos o CPO (cariados, perdidos, obturados) caiu 19%, passando de 20,1 para 16,3 em sete anos. Comparando os números de 2003 e 2010, temos redução de 30% no número de dentes cariados, queda de 45% no número de dentes perdidos por cárie, além do aumento de 70% no número de dentes tratados. Isso significa que a população adulta está tendo maior acesso ao tratamento da cárie e menos dentes estão sendo extraídos (RONCALLI, 2011).

Mas ainda em vários municípios da região brasileira, embora a saúde bucal seja reconhecida como importante, uma considerável parcela da população não tem acesso aos necessários serviços de saúde e a mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais. É fato que a saúde bucal reflete em vários aspectos na qualidade de vida do indivíduo. A pessoa com limitações na mastigação dos alimentos, seja por algum quadro de dor ou pela perda de dentes, pode ter comprometido todo o processo de digestão, resultando em problemas mais graves à saúde geral. Há inúmeros tipos de cefaléias cujo fator causal encontra-se no sistema mastigatório. Sheiham *et al.* (2010) consideram a qualidade de vida dos indivíduos fortemente influenciada por sua condição de saúde bucal. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente em aspectos da alimentação, fala locomoção, convívio social e autoestima.

2. JUSTIFICATIVA

Os adultos são um segmento da população muito representativo das condições precárias da saúde bucal da população. É sabido que esta parcela da população ficou muito tempo sem atenção odontológica, por ter predominado no Brasil a atenção voltada para o escolar - sistema incremental - que privilegiou o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de 7 a 14 anos de idade. Com isso a atenção à saúde bucal dos adultos se restringiu basicamente às exodontias e atendimentos de urgência.

A partir desse estudo de revisão de literatura será possível conhecer os impactos biopsicossociais gerados nos adultos como consequência do edentulismo, problemas periodontais e lesões cáries que apresentam elevado percentual principalmente a partir dos 35 anos de idade.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

Conhecer melhor as condições de saúde bucal dos adultos e a correlação entre sua ausência e problemas de ordem sistêmica e emocional na saúde dos mesmos.

3.2- Objetivos Específicos

- Verificar os impactos biológicos na saúde geral dos adultos na ausência de saúde bucal;
- Verificar o significado psicológico da boca e dos comportamentos orais;
- Verificar os impactos psicossociais dos adultos na ausência de saúde bucal;
- Verificar a intensidade do desconforto psicológico frente ao edentulismo;
- Relacionar qualidade de vida e saúde bucal.

4. METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa pela internet, nos Bancos de Dados da saúde como Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde (BVSMS), com as seguintes palavras-chaves: “saúde bucal”, “adulto”, “qualidade de vida”, “impacto psicossocial”. Foram selecionados 35 artigos publicados no período de 1998 a 2011 em português, inglês e espanhol que descreveram temas sobre a saúde bucal, qualidade de vida, psicologia e edentulismo. Foi feita leitura cuidadosa dos artigos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância científica.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 - Edentulismo, Mastigação e Nutrição

Muito se tem estudado sobre a influência da mastigação sobre a nutrição. A questão central entre mastigação e nutrição reside no fato de que, se o indivíduo não possui dentes suficientes, os alimentos não são mastigados adequadamente e ingeridos sem a trituração necessária. Este fato poderia acarretar ao indivíduo uma baixa ingestão de nutrientes essenciais (SOUZA; SILVA, 2010).

Palombo (2010) teceu importantes considerações sobre a mastigação e como se processa a deglutição dos alimentos. Os incisivos e caninos, são dentes anteriores e cortam os alimentos. Os pré-molares e molares são dentes posteriores e trituram os alimentos. Para que a mastigação ocorra, músculos como o masseter e o pterigoideo interno entram neste processo de movimentação da mandíbula (maxilar inferior). Estes músculos localizam-se, respectivamente, na parte externa e interna da mandíbula. O alimento sólido é misturado com a saliva, que contém um componente mucoso, e facilita a suavidade da progressão do alimento. Na ausência de secreção salivar, a deglutição só é possível para os alimentos líquidos ou semilíquidos. A fase da mastigação é voluntária (o indivíduo a realiza por vontade própria). A fase da deglutição é involuntária (independe da vontade do indivíduo). A fase voluntária, que é a mastigação, começa quando o indivíduo considera que a consistência da massa alimentar está adequada à deglutição. Tendo tomado esta decisão ele põe os dentes do maxilar inferior com os do superior e fixa a base da língua contraindo os músculos. Então, o bolo alimentar, mastigado é movido para trás, pela elevação da ponta da língua. Quando o alimento atinge a faringe (garganta), é iniciada a fase involuntária em que o alimento é deglutido em direção ao esôfago e estômago. Movimentos do esôfago, chamados de movimentos peristálticos, levam o alimento do esôfago para o estômago.

Bassi *et al.* (2009) declararam que os indivíduos com perda dentária eram 2,7 vezes mais propensos a relatar começo de dificuldade de mastigação que as pessoas sem perda de dente. Assim, o menor número de pares dentários restantes na cavidade oral foi significativamente associado com uma probabilidade maior de dificuldade mastigatória. Uma das consequências da dificuldade mastigatória é o prejuízo da saúde, tendo em vista que tal dificuldade pode interferir na escolha dos

alimentos em função de sua consistência, o que, por sua vez, pode comprometer o estado nutricional do indivíduo, bem como sua saúde geral com o decorrer do tempo, devido ao baixo valor nutricional desses alimentos. Ainda de acordo com a literatura, percebe-se uma relação entre a escolha dos alimentos e a habilidade mastigatória, sendo que a alteração na seleção da comida está associada ao decréscimo do número de dentes. Assim, pode se dizer que o aumento do número de dentes perdidos resulta em mudanças significantes no estado hematológico para alguns nutrientes, podendo comprometer a saúde sistêmica do indivíduo.

Andrade e Seixas (2006) relataram que dentre os alimentos que proporcionam maiores dificuldades para mastigar entre os edêntulos estão as carnes, principalmente as assadas, bem como legumes e vegetais crus. Os edêntulos necessitam de 86 toques entre os dentes para triturar o bolo alimentar, ao passo que os dentados necessitam apenas 12 toques, confirmando a dificuldade para os edêntulos durante a mastigação desses alimentos. Por outro lado, os menores percentuais de dificuldades para peixes, legumes cozidos, doces e massas demonstram que a redução na capacidade mastigatória leva os edêntulos a realizar alterações na dieta através da seleção de alimentos mais moles em detrimento dos mais duros. Mediante a dificuldade de mastigação e seleção alimentar, consumiriam menos fibras, proteínas, cálcio, ferro, vitaminas C, A e E do que os dentados.

5.2 - Doenças Periodontais e Condições Sistêmicas

A doença periodontal é o processo inflamatório que ocorre na gengiva em resposta a antígenos bacterianos da placa dentária que se acumulam ao longo da margem gengival. A placa é um biofilme constituído por bactérias, proteínas salivares e células epiteliais descamadas. Sua manifestação inicial é a gengivite, caracterizada por hiperemia, edema, recessão e sangramento gengival. Se não tratada precocemente, ela pode evoluir para periodontite. Uma das primeiras alterações clínicas causadas pela periodontite é a perda de inserção dos tecidos periodontais que suportam e protegem o elemento dental com formação da bolsa gengival, reabsorção do osso alveolar, abscessos, maior mobilidade dentária e perda de dentes (ALVES *et al.*, 2007). A doença periodontal (DP) manifesta-se na sua forma moderada entre 44% a 57% dos adultos, sendo que 10% deles têm periodontite avançada a qual é na grande maioria das vezes assintomática. A

doença periodontal instala-se a partir da colonização por bactérias com Gram-negativas e anaeróbias, como *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (ACCARINI ; GODOY, 2007).

Um dos principais fatores de risco sistêmico para a DP (doença periodontal) é diabetes melito (DM), disfunção metabólica crônica caracterizada pela hiperglicemia, resultante, da deficiência da secreção ou ação da insulina. A associação entre a DP e o DM está relacionada a vários fatores como suscetibilidade individual, idade, controle glicêmico, duração do diabetes, cuidados com a saúde bucal e hábitos como, por exemplo, o de fumar. Em pacientes diabéticos ocorrem alterações vasculares, alterações imunológicas, disfunção de leucócitos polimorfonucleares, aumento da produção de mediadores inflamatórios e alterações metabólicas no tecido conjuntivo, que interferem no processo de cicatrização que podem afetar qualquer tecido, incluindo o periodonto, que justificam a maior probabilidade de esses indivíduos desenvolverem a DP (XAVIER *et al.*, 2009).

Rech *et al.* (2007) sugeriram associação entre doença periodontal (DP) e doença arterial coronariana (DAC). A hipótese aventada foi que a DAC pode ser desencadeada por mecanismos sistêmicos, além dos fatores inflamatórios locais, e a presença de DP induziria uma resposta inflamatória sistêmica, resultando em níveis séricos elevados de marcadores inflamatórios como o fator de necrose tumoral (TNF), as interleucinas e a proteína C Reativa (PCR) creditando a esses a possibilidade de estabilização de lesões ateroscleróticas e eventos ateroscleróticos. Ficou demonstrado que a eliminação de avançada periodontite pela completa extração dentária reduz marcadores de risco inflamatórios e trombóticos, suportando a hipótese de que o tratamento da DP pode reduzir o risco cardiovascular.

Braga *et al.* (2007) sugeriram que condições reumatológicas, como artrite reumatoide (AR) e artrite idiopática juvenil (AIJ), também possam ser modificadoras do processo saúde-doença periodontal, aumentando a suscetibilidade à doença periodontal destrutiva, em adultos. Uma das teorias que tenta explicar como a periodontite seria uma condição de risco para a AR, baseia-se na exposição crônica ao lipopolissacarídeo que ocorre nas doenças periodontais. Segundo esse conceito, o lipopolissacarídeo de bactérias periodontopáticas serviria como uma fonte de superantígenos ao hospedeiro, podendo iniciar a cascata imunológica observada na AR. Por outro lado, a desregulação imunológica observada na AR, gerando o

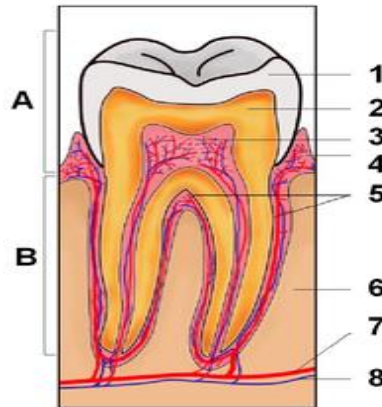
aumento de citocinas como a interleucina 1 (IL-1), o fator de necrose tumoral (TNF- α) e a IL-6, local e sistemicamente, faria com que pacientes com artrite reumatoide, na presença de patógenos periodontais e um meio ambiente propício, desenvolvessem maior suscetibilidade à periodontite.

Baseando-se na comprovação da disseminação sanguínea das citocinas e/ou bactérias provenientes da infecção periodontal, acredita-se haver associação entre esta afecção e o aumento do risco de parto prematuro, recém-nascidos de baixo peso e pré-eclâmpsia. Substâncias como prostaglandinas (PGE2) e TNF α , produzidas pelo periodonto infectado, chegam à placenta através da circulação sanguínea. Assim, a associação entre a doença periodontal e o parto prematuro de bebês com baixo peso relatados na literatura pode ser reflexo de uma característica inflamatória particular do hospedeiro, colocando o indivíduo em risco para ambas as condições (CAMATA *et al.*, 2007).

Segundo Macedo *et al.* (2007) há relação entre doença periodontal e doenças pulmonares crônicas. Ambas possuem os micro-organismos anaeróbios Gram negativo como fator etiológico principal, levando a uma resposta imunológica e inflamatória com liberação de substâncias biológicas ativas. Os mecanismos de infecção que podem ser citados são: a) a aspiração pelo pulmão de patógenos orais capazes de causar pneumonia; b) a colonização da placa dentária por patógenos respiratórios seguida da aspiração; c) a facilidade da colonização dos patógenos. Os adultos que vivem em enfermarias são mais suscetíveis a se tornarem doentes ou a morrerem por infecções do trato respiratório baixo ou por outras infecções, que pode estar atribuído a uma mudança nos mecanismos de defesa do hospedeiro e a uma exposição a micro-organismos patogênicos. A composição bacteriana tende a modificar frente à falta de higiene oral e às infecções bucais, como gengivite e periodontite. A colonização da orofaringe por bactérias Gram-negativas entéricas pode estar associada a infecções como pneumonia adquirida na comunidade. A frequência da periodontite grave generalizada apresenta certa afinidade com estas doenças pulmonares quando avaliada nos parâmetros de extensão e gravidade.

5.3 - Cárie Dental e sua Correlação com a Saúde Sistêmica

Figura 01 – Estrutura Dentária



Fonte: wikipedia.org/wiki

- 1 - Esmalte
- 2 - Dentina
- 3 - Polpa
- 4 - Gengiva
- 5 - Cimento
- 6 - Osso
- 7 - Vaso sanguíneo
- 8 - Nervo

Os dentes, estruturas rígidas e ricas em cálcio, presas aos maxilares, exercem como função principal a mastigação, mas auxiliam também na fala e proteção da boca. O esmalte é a região mais externa e compacta do dente, sob ele está a dentina e a câmara pulpar. O cimento separa a raiz do ligamento que prende a raiz e liga o dente à mandíbula. O ápice é a região onde se encerra o dente e é onde se inserem os vasos sanguíneos, tecido conjuntivo e nervos (ROSSONI, 2007).

O esmalte dentário é o mais resistente e também o tecido mais mineralizado do corpo e, juntamente com a dentina, o cemento e a polpa dentária, forma os dentes. É o componente dos dentes que é normalmente visto (em situações normais) e é suportado pela dentina. Aproximadamente 96% do esmalte é composto de minerais, o restante é composto de água e materiais orgânicos. O elevado conteúdo mineral do esmalte, faz deste, o mais duro dos tecidos do corpo

humano, também o torna suscetível a um processo de desmineralização que ocorre muitas vezes como cárie dentária, também conhecidas como cavidades. Desmineralização ocorre por diversas razões, mas a mais importante causa da cárie dentária é a ingestão de açúcares. Dentes cavitados são causados quando ácidos dissolvem o esmalte dental (LIMA, 2007).

Açúcares de doces, refrigerantes, sucos de frutas desempenham um papel significativo na cárie dentária, em esmalte e conseqüentemente a destruição. A boca contém um grande número e variedade de bactérias, e quando a sacarose, o mais comum dos açúcares, adentra na superfície da boca, algumas bactérias intraoral interagem com ele e formam o ácido láctico, o que diminui o pH na boca. Em seguida, os cristais de hidroxiapatita do esmalte desmineralizam, permitindo uma maior invasão bacteriana aprofundando-se no dente. A bactéria mais importante envolvida com cárie dentária é *Streptococcus mutans*, mas o número e o tipo de bactérias varia com o avanço da destruição dentária (ROSSONI, 2007).

A doença cárie tem etiologia multifatorial. Desenvolve-se a partir da presença do biofilme dental, que é o responsável por mediar a desmineralização dos tecidos dentários denominados como esmalte e dentina. Para sua ocorrência, há a necessidade da interação de três fatores: micro-organismos cariogênicos (*Streptococcus mutans*), substrato fermentável (como a sacarose) e um hospedeiro vulnerável. A interação desses fatores por um período de tempo propicia o desenvolvimento da doença cárie, que se inicia com o aparecimento de mancha branca opaca, sem cavitação, na superfície do dente, resultante da desmineralização do esmalte dentário. A infecção por *S. mutans* tem um papel importante na instalação e evolução da doença. O desenvolvimento da cárie, de forma microbiológica, pode ser dividido em três etapas - Primeira etapa: infecção precoce por *S. mutans*; - Segunda etapa: acúmulo de micro-organismos em níveis patogênicos, em decorrência da exposição frequente e prolongada de substrato cariogênico; - Terceira etapa: desmineralização do esmalte e cavitação do dente. O substrato é essencial para a viabilidade, proliferação e agregação celular. É forte a associação entre frequência de ingestão de carboidratos, principalmente a sacarose, e o desenvolvimento da doença cárie, sobretudo se esse contato ocorrer entre as

refeições e no período de sono, quando o efeito protetor da saliva está ausente, pois o fluxo salivar é reduzido (LOSSA *et al.*, 2009).

A cárie quando avança a região periapical, inúmeras bactérias adentram para o espaço adjacente formando um processo infeccioso denominado celulite ou abscesso. A celulite consiste num edema difuso e endurecido de duração aguda, com fortes dores para o paciente, que pode se propagar para os espaços fasciais como região do canino, masseter, submandibular, sublingual e submentoniano, também conhecida como angina de Ludwig (MEDEIROS, 2007).

A angina de Ludwig, uma celulite frequentemente originada de infecção dentária, embora incomum, é ainda uma ameaça pelo seu risco iminente de obstrução de vias aéreas. Na maioria dos casos, a infecção é polimicrobiana, sendo os mais frequentemente responsáveis pelo processo séptico o *streptococos* e *staphylococcus*. Infecções simbióticas com anaeróbios agora são reconhecidas como mais significativas que anteriormente se achava. Um grande número de bactérias pode contribuir para a infecção, incluindo Gram-negativos, e outros micro-organismos menos usuais. A manutenção das vias aéreas é a principal preocupação na angina de Ludwig. A obstrução de vias aéreas pelo aumento de volume dos tecidos supra-hióideos, o edema de glote, podem ameaçar a vida (ZANINNI, 2003).

Angina de Ludwig ocorre normalmente após uma complicação dental ou periodontal. Infecções do segundo ou terceiro molar inferior correspondem de 70 a 85% dos casos. A bactéria causadora desta infecção é observada rotineiramente em infecções odontogênicas. Angina de Ludwig ainda é uma infecção considerada letal mesmo nos dias atuais se não diagnosticada e tratada corretamente. Complicações como septicemia e obstruções das vias aéreas são bastante comuns, podendo levar paciente a óbito (MOURA, 2010).

Outra relação da cárie e saúde sistêmica é a infecção odontogênica que pode avançar para a região torácica no espaço conhecido como mediastino. A mediastinite ocorre frequentemente por perfuração esofágica ou infecção do esterno. Embora rara, pode originar-se após angina de Ludwig, resultando em um quadro clínico grave descrito como mediastinite descendente necrosante (MDN). A demora no diagnóstico e a drenagem imprópria são as principais causas para a alta mortalidade nessa condição ameaçadora, que requer diagnóstico e tratamento

precoce. A infecção origina-se nos planos das fáscias da cabeça e do pescoço, infiltra-se para o mediastino, ao longo das fáscias cervicais, facilitada pela gravidade, respiração e pressão intratorácica negativa. O trajeto anatômico mais comum da propagação da infecção é pelo espaço faríngeo lateral do espaço retrovisceral (retrofaríngeo), estendendo-se inferiormente ao mediastino; isso ocorre em 70% dos casos. A causa mais comum de infecção cervical profunda nos adultos são os focos dentários, que se iniciam com a cárie e podem provocar abscessos no assoalho da boca levando a ocorrência de sintomas respiratórios como dor torácica, dispnéia ou angústia respiratória associada a abscesso cervical (BOSCARDIM *et al.*, 2007).

5.4 - Significado Psicológico da Boca e dos Comportamentos Orais

O aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando a perda de dentes afeta a estética e a expressão facial, uma vez que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal, para a habilidade de falar claramente e para a qualidade vocal (LOPES, 2000).

Na atividade odontológica, se faz importante o conhecimento das variações emocionais pela quais os indivíduos passam nas diferentes fases de sua vida, da infância à velhice. O profissional deve estar apto a perceber o estado emocional dos pacientes e atentar também para valorização da dentição na função e na estética, como sustentação da autoestima e fortalecimento das relações sociais (SILVA; FERNANDES, 2001).

Em todas as culturas o rosto tem um significado privilegiado. Por meio das expressões faciais se torna possível demonstrar diversos sentimentos. A boca é o principal instrumento de adaptação, comunicação e sobrevivência (ROVALETTI, 1998).

Foi a psicanálise que aprofundou os significados psicológicos da boca. Freud defendeu que a chamada fase oral era a primeira fase da evolução libidinal, pois o prazer sexual está então ligado de forma predominante à excitação da cavidade bucal e dos movimentos dos lábios que acompanham a alimentação. A atividade de chupar assume a partir dessa época um valor exemplar, e demonstra como a pulsão sexual, que a princípio se satisfaz por apoio numa função vital, adquire autonomia e se satisfaz de forma auto-erótica (ZIMERMAN, 1999).

Freud descreveu também uma fase oral-sádica que corresponde ao aparecimento de dentes, em que a atividade de morder implica uma destruição do objeto. Nesse sentido os significados psicológicos do início da erupção dentária marcam mudanças significativas na organização psíquica da criança e fundem-se à agressividade e à libido (WOLF, 1998).

Durante a fase oral, a região bucal é a principal fonte das excitações; é o local de realização das trocas do bebê com o mundo. Todo o ser encontra-se centrado nessa relação que, por um lado atende ao impulso de autoconservação, permitindo a incorporação do sustento biológico, e, por outro lado, faz com que, ao receber o leite, as primeiras impressões se registrem, dando origem à estruturação do psiquismo humano. As experiências de prazer e desprazer encontram-se relacionadas com este órgão fundamental (ZIMERMAN, 1999).

Aberastury (1998) demonstrou que o nascimento dos dentes produz transtornos emocionais na criança, e que os dentes passam a ser símbolos de força, de agressão, de independência e que sua perda implica em insegurança e ansiedade.

Wolf (1998) compreendeu que os aspectos psicológicos envolvidos na perda dos dentes levam o paciente a buscar recursos odontológicos para substituição de dentes perdidos, e também visam à reconstituição de sua imagem pessoal e social.

Settim (2000) afirmou que a perda dos dentes tem um profundo impacto na vida de algumas pessoas, incapacitando e criando obstáculos. Muitas vezes o edentulismo é aceito pela sociedade como uma consequência normal e natural do envelhecimento e reforça a importância psicológica da saúde do sistema mastigatório: a integração social (aparência) e familiar (sorriso e beijo).

Marchini *et al.* (2001) declararam que a perda dos dentes é fator desencadeante de sentimentos de desamparo e diminuição da autoestima, e que na procura pela confecção de próteses, o paciente traz também a ideia de refazer sua imagem pessoal e social. É comum haver uma associação entre velhice e edentulismo, porém nos dias atuais esse conceito tem sido modificado, dando lugar a tratamentos mantenedores da saúde bucal, e que cada vez mais pacientes desdentados buscam tratamentos reabilitadores, procurando também o resgate de sua autoestima.

A Odontologia cada vez mais vem buscando por meio dos avanços tecnológicos, recursos que devolvam ao paciente a estética bucal. Para falar de estética bucal, é preciso entender que a boca faz parte da face e que qualquer modificação nos dentes pode fazer com que sua expressão melhore e se adapte harmoniosamente ao conjunto, ou pelo contrário, a piora na aparência estética dos dentes pode apresentar uma grande importância no convívio social diário, no ambiente de trabalho e para a saúde psicológica das pessoas (LOPES, 2000).

5.5 - Impactos Psicossociais na Ausência da Saúde Bucal

A cavidade bucal tem grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da autoestima, auto-expressão, comunicação e estética facial (GIFT; RIDFORD, 2005).

Saúde bucal e qualidade de vida estão intimamente relacionadas, uma vez que, esta é conceituada como aquela condição que oferece ao indivíduo um mínimo de condições para que possa desenvolver o máximo de suas potencialidades como viver, sentir, amar, trabalhar, produzir bens ou serviços, fazer ciência ou arte, vivendo para ser meios utilitários ou simplesmente existindo. Entende-se, ainda, que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar consciente ou inconscientemente (NETO, 2002).

As condições bucais e seu impacto na vida das pessoas têm influência direta nas suas atividades diárias. A boca tem função biológica (mastigação) e social (falar, sorrir, comunicar), o que conota proximidade e intimidade nas relações sociais e cotidianas e é instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (RODRIGUES, 2004).

Wolf (1998) explicou que a erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos e por isso sua perda pode implicar alterações com consequências para a sua vida emocional. A autora chama atenção para as experiências de cunho psíquico e para as experiências culturais mais específicas que fazem com que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida sejam referências pessoais e critério de aceitação social. Em nossa organização sociocultural, a aparência é muito valorizada e quando as pessoas não alcançam o padrão desejado

pela sociedade, elas se tornam vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Os problemas sociais na vida diária relacionados com a perda dentária incluem mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho. O sorriso é um ritual de aproximação e é influenciado pela aparência dos dentes. A inibição do sorriso tem consequências, pois se desconstrói a postura desejável de ser aceito, diminui-se a autoestima, impede-se a demonstração da alegria e do acolhimento, resultante da dependência da aceitação social tão importante na vida do ser humano, acarretando um sentimento de rejeição que pode interferir na sua forma de agir, sentir e pensar (BORBOLIM, 2004).

Goffmam (2006) afirmou que os sujeitos medem os outros pela aparência. O rosto é a parte mais diferenciada do corpo. Aceitar a fisionomia é acolher o outro, dar-lhe total aceitação. Portanto, quando um indivíduo tem um traço ou uma característica diferente, como o edentulismo, pode ser rejeitado.

Borbolim (2004) declarou que um indivíduo diferente do padrão de beleza estabelecido possui um estigma e está inabilitado para a aceitação social. A falta de dentes, principalmente os anteriores na cultura ocidental, constitui uma desfiguração facial que configura um estigma.

Newton *et al.* (2006) declararam que as perdas dentais podem levar os indivíduos à reclusão social e ao estresse. Segundo o autor, os efeitos emocionais da perda total dos dentes, podem revelar uma ampla gama de reações, dentre as mais significativas o luto, perda da autoconfiança, queda da imagem própria, segredo sobre a perda dos dentes, envelhecimento prematuro e sentimento de perda de porte de si mesmo.

Bergendal (2002) reconheceu que a perda total dos dentes é um sério evento na vida dos indivíduos, que pode ser mais importante, em termos de reajuste, do que o casamento, aposentadoria ou mudança de emprego.

A perda dentária exerce grande influência no estado emocional do paciente, repercutindo negativamente no bem-estar físico e psicológico, pois debilita a estética e algumas atividades cotidianas. Cabe ao Cirurgião-dentista orientar o paciente sobre as consequências da perda dos dentes, não só fisiológica, mas principalmente psicológica, para que este possa se adaptar mais facilmente à nova

situação e buscar um tratamento para melhorar à sua qualidade de vida (GIFT; RIDFORD, 2005).

6. DISCUSSÃO

Souza e Silva (2010), Palombo (2010) e Bassi *et al.* (2009) teceram importantes considerações sobre a influência da mastigação sobre a nutrição. Concordaram que a ausência de dentes interfere na mastigação e conseqüentemente na digestão.

Palombo (2010) considerou que os dentes exercem papel importante na deglutição dos alimentos e a musculatura é auxiliar no processo de mastigação. O mesmo declarou Bassi *et al.* (2009) ao relatar que o número de pares dentários restantes na cavidade oral foi associado com uma maior probabilidade de dificuldade mastigatória.

Andrade e Seixas (2006) concorda com Bassi *et al.* (2009) que a escolha dos alimentos está associada ao decréscimo do número de dentes. Os edêntulos preferem os alimentos mais moles mediante a dificuldade de alimentação e com isso são mais propensos a déficit proteico.

Dentre as inúmeras doenças que afetam a cavidade bucal a periodontite é definida por Alves *et al.* (2007) como processo inflamatório que ocorre na gengiva em resposta ao acúmulo de placa bacteriana. Accarini e Godoy (2007) identificam essas bactérias colonizadoras como gram-negativas e anaeróbias.

Quanto à relação dos fatores sistêmicos e doença periodontal, Xavier *et al.* (2009) citaram diabetes melito associada à doença periodontal devido a vários fatores como idade, controle glicêmico, duração do diabetes.

Rech *et al.* (2007) relacionaram a doença periodontal com a doença arterial coronariana onde os fatores inflamatórios locais induziriam uma resposta inflamatória sistêmica.

Braga *et al.* (2007) concordaram com Rech *et al.* (2007) ao declararem que fatores inflamatórios relacionados à doença periodontal também agem sistemicamente, citando, a artrite reumatoide como consequência.

Camata *et al.* (2007) concordaram com Rech *et al.* (2007) e Braga *et al.* (2007) no papel dos produtos inflamatórios, principalmente as citocinas, na influência sistêmica da doença periodontal, associando a mesma com o parto prematuro.

Macedo *et al.* (2007) relacionaram a doença periodontal com as doenças pulmonares crônicas com a presença de micro-organismos anaeróbios que tendem a colonizar a região da orofaringe.

A cavidade bucal também é acometida por outra doença de larga escala denominada como cárie. Rossoni (2007) descreveu os dentes como estruturas rígidas e ricas em cálcio, concordando com Lima (2007) que declarou ser o esmalte dentário o mais resistente tecido mineralizado do corpo. A desmineralização do esmalte ocorre por diversas causas, mas, o açúcar é o maior responsável pela presença de cárie dentária.

Medeiros (2007), Zanini (2003), Moura (2010) relataram as consequências sistêmicas quando a cárie avança para a região periapical, citando a angina de Ludwig, celulite originada de infecção dentária, uma enfermidade letal se não diagnosticada e tratada corretamente.

Boscardim *et al.* (2007) relataram sobre a mediastinite, infecção odontogênica que pode avançar para o mediastino e que se manifesta em pacientes adultos como angústia respiratória.

O significado psicológico da boca e comportamentos orais são descritos por Lopes (2000) que enfatiza as consequências da perda dos dentes na estética e expressão facial.

Silva e Fernandes (2001) afirmaram que o profissional cirurgião-dentista deve sensibilizar-se para conhecer as variações emocionais dos indivíduos na trajetória etária e o valor da dentição na estética e nas relações sociais.

A boca é o principal instrumento de adaptação, comunicação e sobrevivência. Nos estudos de Freud, divulgados por Zimerman (1999), Wolf (1998) e Rovalletti (1998), o significado psicológico da boca foi aprofundado e a psicanálise associou-a com a evolução libidinal que se inicia com o prazer sexual proporcionado pela cavidade bucal na atividade de sucção. Passando por uma fase oral sádica que se funde com a agressividade e a libido e finaliza com o impulso de autoconservação que estrutura o psiquismo humano.

Aberastury (1998), apoiado por Setim (2000) e Wolf (1998), afirmou que os dentes influenciam na estrutura emocional ao declarar a importância da erupção dentária na organização psíquica do indivíduo e o valor da aparência, principalmente a boca e os dentes para aceitação social. Concordam ainda quanto aos aspectos

psicológicos e sociais e sua influencia na diminuição da autoestima, gerando o sentimento de desamparo, integração social e familiar.

Já Marchin *et al.* (2001) e Lopes (2000) concordaram que os tratamentos reabilitadores é uma alternativa para recuperar a imagem pessoal e social perdida frente ao edentulismo a fim de resgatar o convívio social e a manutenção da saúde psicológica.

Gift e Ridford (2005), Neto (2002) e Rodrigues (2004) se uniram para afirmar que o impacto psicossocial na ausência da saúde bucal está diretamente relacionado com a qualidade de vida que pode imobilizar o individuo de realizar as atividades cotidianas e isolá-lo da sociedade enfraquecendo os relacionamentos sociais.

Borbolim (2004) ainda acrescentou que o edentulismo seja total ou parcial, gera problemas sociais na vida do ser humano principalmente por afetar o acolhimento e aproximação nas relações sociais manifestado pelo sorriso. O mesmo afirmou Goffman (2006) e Newton *et al.* (2006) que declararam ser a aparência marcada por traços que geram um estigma e que pode levar o individuo à reclusão social e de si mesmo, privando-se de desfrutar de uma relação social que gera equilíbrio e segurança emocional.

Para Gift e Ridford (2005), o papel do cirurgião-dentista vai além da perícia técnica em proporcionar resultados estéticos de qualidade. Pesa sobre este profissional a responsabilidade de assegurar ao individuo uma saúde emocional equilibrada ao despertá-lo da influência da saúde bucal na qualidade de vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da pesquisa nacional de saúde bucal, projeto SB Brasil 2010, apontaram que houve melhora no acesso da população adulta aos serviços odontológicos e menos dentes estão sendo extraídos.

Mas ainda em vários municípios da região brasileira, o acesso ao tratamento odontológico ainda é precário e a extração dentária é o recurso mais utilizado.

A mutilação dentária traz limitações ao indivíduo nos aspectos físicos, biológicos e emocionais. A ausência da saúde bucal reflete em vários aspectos negativos na qualidade de vida do indivíduo como limitações na mastigação dos alimentos, seja por algum quadro de dor ou pela perda de dentes, comprometimento de todo o processo de digestão, inúmeros tipos de cefaléias além das restrições psicológicas que podem influenciar diretamente em aspectos da fala, locomoção, convívio social e autoestima.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada, aos impactos na saúde geral de adultos na ausência de saúde bucal, concluiu-se que:

- A ausência de dentes interfere na mastigação e conseqüentemente na digestão;
- A escolha dos alimentos está associada ao decréscimo do número de dentes resultando em déficit proteico;
- A doença periodontal além de resultar em perdas dentárias, correlaciona-se sistemicamente com *diabetes mellitos*, doença cardiovascular, parto prematuro e doenças pulmonares crônicas;
- A cárie dental causa maior de perda dentária, leva o indivíduo a risco de morte, quando em estágio avançado, por gerar processos infecciosos de angina de Ludwig, celulite e mediastinite;
- No aspecto psicológico a boca é o principal instrumento de adaptação, comunicação e sobrevivência do indivíduo;
- Os dentes influenciam na estrutura emocional e na organização psíquica do indivíduo;
- A saúde bucal está diretamente relacionada com a qualidade de vida que pode imobilizar o indivíduo de realizar as atividades cotidianas e isolá-lo da sociedade enfraquecendo os relacionamentos sociais;

- O cirurgião-dentista, além da perícia técnica em proporcionar resultados estéticos de qualidade, tem a responsabilidade de assegurar ao indivíduo uma saúde emocional equilibrada ao despertá-lo da influência da saúde bucal na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A. El bebe antes de La denticion in psicoanalysis de niños. **Padoss**, 1998, p.93-
- ALVES, C. *et al.* Mecanismos Patogênicos da Doença Periodontal Associada ao Diabetes Melito. **Arq Bras Endocrinol Metab** 2007; 51/7: 1050-7. jun/jul.2007.
- ANDRADE, B. M. S. SEIXAS, Z. A. Condição Mastigatória de Usuários de Próteses Totais. **International Journal Of Dentistry**, Recife, 1 (2): 48-51 abril/junho 2006.
- ACCAUNI, E .D.; GODOY, D. S. Prevalence of and risk indicators for chronic periodonts. **Rev Salud Publica** (Bogota); 9(3): 388-398, jul.-ago. 2007.
- BASSI, A. C. Z. *et al.* Relação Entre Perdas Dentárias e Queixas de Mastigação, Deglutição e Fala em Indivíduos Adultos. **Rev. CEFAC**, v.11, Supl3, 391-397, 2009.
- BARBOLIM, E. **El Language Del Cuerpo**, v. 2. Editora: Eunsa, Pamplona, 2004.
- BERGENDAL B. The relative importance of tooth loss and denture wearing in Swedish adults. **Community Dental Health** ; 6: 103-111, 2002.
- BOSCARDIM, P .C .B. *et al.* Mediastinite Descendente Necrosante Pós-Angina de Ludwig. **J Pneumol** 27(5) – set/out., 2007.
- BRAGA, F. S. F. F. *et al.* Artrite Crônica e Periodontite. **Rev Bras Reumatol**, v. 47, n.4, p. 276-280, jul/ago, 2007.
- CAMATA, B. C; MACEDO, A. F.; DUARTE, D. A. O Impacto do Processo Saúde-doença Periodontal em Gestantes em relação ao Parto Prematuro. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.3, p. 267-270, jul./set. 2007.
- GIFT, H. C.; REDFORD,M. Oral Health and the quality of life. **Clinic Geriatric Medicine** 8(53) : 673-683, 2005.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- LIMA, J. E. O. Cárie Dentária: um novo conceito. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, Maringá, v. 12, n. 6, p. 119-130, nov./dez. 2007.
- LOPES, V. J. **Reabilitação Bucal em Prótese Sobre Implante**. São Paulo: Quitsence, 2000.
- LOSSO, E. S. *et al.* Cárie Severa: uma abordagem integral. **Pediatr Rio J.** 85(4): 295-300. out/nov., 2009.
- MACEDO, T. D. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida. **Cad. Saúde pública**, vol.23, n.3, Rio de Janeiro, Mar. 2007.

- MARCHINI, L. *et al.* Prótese Dentária na Terceira Idade. **Rev. Assoc. Paul.Cir.Dent.**, v.55, n. 2, p. 83-7, mar/abr., 2001.
- MARINE, R. S. **Psicologia e Odontologia, uma abordagem integradora**, São Paulo: Santos, 2002.
- MEDEIROS, P.; ARAUJO, A.; GABRIELLI, M. F. R. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**, 1 ed, São Paulo: Santos, 2007.
- 20-MOURA, P. S. *et al.* Complicação Sistêmica de angina de Ludwig; relato de caso, **Revista Paraense de Medicina**, V.24 (2), abril-junho, 2010.
- NETO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico e epidemiologia. **Saúde em Debate**. 35:63-68., 2002.
- NEWTON, J. T. *et al.* Preliminary Study of the Impact Of Loss Of part the Face and Its Prosthetic Restoration. **J Pros Dent**. 82:585-590, 2006.
- PALOMBO, M. A. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em adulto. **Cad Saude Publica**; 27(10): 2041-2054, out. 2011.
- RODRIGUES, J. C. O. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro:Achiamé, 2004.
- RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010. **Cad Saude Publica**; 27(1):4-5, jan., 2011.
- RECH, S. C. *et.al.* Doença Periodontal e Síndrome Coronariana. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 88(2), p. 185-190, 2007.
- ROSSONI, E.; MOURA, R. P; GRAEBIN, B. L. Adoçantes Presentes na Formulação de Refrigerantes, Sucos e Chás Diet e Light. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 48, n. 1/3, p. 5-11, jan./dez. 2007.
- ROVALETTI, L. M. **Corporalidad La Problematica Del Cuerpo em El Pensamiento Actual**. Buenos Aires: editorial, 1998.
- SETTIM, R. O significado psicológico dos dentes. **Rev. Med.**, v.4.n.2, p.37-40, 2000.
- SILVA, C. R.; FERNANDES, C. A. R. Auto-Percepção das avaliações de Saúde Bucal por Idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.4, p.349-355, 2001.
- SOUZA, M. A. S.; VILLAÇA, E.; MAGALHÃES, C. S. Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3):841-850, 2010.
- SHEIAM, F .C. *et al.* The relationship among dental status, nutrients intake and nutritional status in older people. **Journal Dental Research**, 80:408-413, 2001.
- XAVIER, A. C. V. *et al.* Condição periodontal de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2009; 53(3): 348-54. 2009.
- ZANINI, F. D. *et al.* Angina de Ludwig: relato de caso e revisão do manejo **Arquivos Catarinenses de Medicina**, V. 32, n. 4, 2003.

ZIMERMAN, E. D. **Fundamentos Psicanalíticos**, Porto Alegre: Artmed, 1999.

WOLF, R. M. S. O Significado Psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent.**, v.52, n.4, p.307-316.jul/ago.,1998.