

TATIANNA MOTTI GIBRAN

**QUALIDADE DE VIDA E ESTÉTICA BUCAL NA
COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE
FURNAS DO DIONÍSIO, MATO GROSSO DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE/MS
-2006-**

TATIANNA MOTTI GIBRAN

**QUALIDADE DE VIDA E ESTÉTICA BUCAL NA
COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE
FURNAS DO DIONÍSIO, MATO GROSSO DO SUL**

Exame de Qualificação para Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia - Área de concentração: Comportamento Social e Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profª. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE/MS
-2006-**

FICHA CATALOGRÁFICA

| |
|--|
| |
|--|

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (UCDB) – orientadora

Prof^a. Dr^a. Sônia Grubits (UCDB)

Prof. Dr. Julio César Fontana Rosa

Dedico este estudo primeiramente a Deus e depois a meus pais, pessoas imprescindíveis para que eu adquirisse a capacidade de concretização de mais este sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado forças, coragem, perseverança e determinação para a conclusão deste estudo.

Aos meus pais, por terem me incentivado, apoiado e compreendido minhas angústias, ansiedades, meus momentos de aflição e desespero, pela companhia e preocupação nas viagens de campo, além do investimento em meus sonhos e capacitações.

Às minhas irmãs, por serem grandes amigas e incentivadoras de meus sonhos.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, por ter acreditado em minha capacidade e meus conhecimentos, compreendido minhas ausências e inseguranças, colocando-se disponível a qualquer hora, sem medir esforços para impulsionar, sugerir, criticar e elogiar em todos os momentos desta realização. A ela meu reconhecimento por ser uma excelente profissional.

À Prof^a. Dr^a. Sonia Grubits, por abrir meus olhos e caminhos para o início deste mestrado.

À Rafaela Potsch Ribeiro, pelo amparo nos momentos de maior aflição e pela dedicação de seu tempo sem ansiedade e preocupação, compartilhando seus conhecimentos.

Ao protético Admilson Silva de Araújo, por ter me acompanhado nas viagens de campo, pela amizade e companheirismo, realizando tarefas que muitas vezes não seriam de sua função e pela colaboração direta na elaboração e ajuste das próteses.

Ao João Karmo Júnior, pela cessão de seu tempo e trabalho na organização das tabelas, figuras e fotos.

Ao Sérgio Guimarães, por compartilhar e ceder seus conhecimentos, na composição de fotos e tabelas e, no auxílio referente a língua inglesa.

Ao Silvoney Motti, pelo auxílio gráfico, entre outros, para a execução deste projeto.

À Liriane Santos Silva, pela disponibilidade em auxiliar a realização da última etapa desta pesquisa.

Ao Jhonny dos Santos, ex-líder da Comunidade Furnas do Dionísio, por ter aberto as portas da Comunidade, permitindo, assim, a viabilização deste estudo.

Ao Nilton Ferreira da Silva, atual líder da Comunidade Furnas do Dionísio, por ter compreendido este estudo, autorizando sua conclusão.

Aos moradores de Furnas do Dionísio, que participaram deste estudo, nossa eterna gratidão.

Um sorriso pode ser encantador, qualidade fundamental para a aparência das pessoas, influente fator no ego e nas experiências agradáveis da vida dos indivíduos. Portanto, não deve ser tratado com indiferença, nem negligenciado, devido a suas profundas implicações emocionais.

FRUSH

RESUMO

GIBRAN, Tatianna Motti. **QUALIDADE DE VIDA E ESTÉTICA BUCAL NA COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE FURNAS DO DIONÍSIO, MATO GROSSO DO SUL.** Campo Grande/MS. 140p. Dissertação de Mestrado do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Introdução: a Estética é uma referência presente em todos os povos e sociedades e difere segundo a cultura e quanto às repercussões relacionadas à mesma, que podem se refletir positiva ou negativamente na esfera biopsicossocial, em particular no bem-estar subjetivo e na Qualidade de Vida.

Objetivos: este estudo objetivou verificar a possível ocorrência de alterações na Qualidade de Vida em um grupo de moradores da Comunidade remanescente de quilombo de Furnas de Dionísio, após a instalação de Prótese Parcial Removível Temporária- PPRT.

Casuística e Método: foi realizado um estudo de caso de validação clínica, antes e depois de um mês da instalação de PPRT, em uma amostra voluntária de 31 sujeitos (17M; 14F) que apresentavam ausência de no mínimo um dente incisivo superior. Foram aplicados e reaplicados os seguintes instrumentos: o questionário de Qualidade de Vida SF-36 “The medical outcomes Study 36-item short-Form Health Survey” e uma ficha clínica odontológica, através da qual se coletaram dados pessoais, clínicos e odontológicos. Os participantes também foram fotografados em dois momentos: 1) com ausência dentária (antes) e 2) depois, mostrando a reconstituição do(s) elemento(s) ausente(s) com a instalação da PPRT.

Resultados: Obteve-se um predomínio de participantes casados (67,7%), com mais de 35 anos (58%) com maior concentração na faixa etária de 41 a 45 anos (22,6%). A maior parte da amostra não apresenta alterações clínicas (38,7%), no entanto, 19,4% apresentam problemas relativos à pressão alta (19,4%) e outros 19,4%, ingestão de álcool ou cigarro. Antes da colocação da PPRT, os participantes que não apresentaram alterações clínicas, revelaram melhor QV em todos os domínios, comparados aos participantes que apresentaram algum tipo de alteração. Destes, ambos os grupos evidenciaram uma melhoria na QV após a PPRT. O domínio QV “capacidade funcional” apresentou menor variação antes e depois da colocação de PPRT e o “aspecto físico” foi o domínio com maior variação, para ambos os sexos. Encontraram-se neste estudo, correlações entre a maioria os domínios de QV do instrumento SF-36, com exceção dos domínios “estado geral de saúde” e “vitalidade”; a QV da amostra como um todo melhorou após a instalação da PPRT. Os participantes do sexo masculino apresentaram melhor QV (antes e depois) que os do sexo feminino. No entanto, todos os participantes do estudo apresentaram, independentemente do sexo, uma melhor QV após a instalação da PPRT, revelando que a mudança da Estética bucal influenciou positivamente a QV dos mesmos, sendo que os domínios onde a melhora foi mais acentuada foram: aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental.

Conclusão: Este estudo revelou que a Estética bucal pode afetar todos os domínios de QV do indivíduo, tanto aqueles referentes ao componente físico quanto ao mental.

PALAVRAS-CHAVE: Estética bucal. Qualidade de Vida. Furnas do Dionísio. População Negra. Prótese Parcial Removível Temporária.

ABSTRACT

GIBRAN, Tatianna Motti. **QUALITY OF LIFE AND ORAL ESTHETIC IN THE REMANESCENT COMMUNITY OF “QUILOMBO DE FURNAS DO DIONÍSIO”, MATO GROSSO DO SUL.** Campo Grande/MS, 140p. Master’s Dissertation submitted to the Postgraduate program in Psychology of the Dom Bosco Catholic University (UCDB).

INTRODUCTION: Esthetics is to be found in all societies and has an ultimate importance for people. It is seen differently according to the culture and may bring on specific negative or positive effects on the bio-psycho-social dimension. Esthetics has a considerable bearing upon both Subjective Well-being and Quality of Life (QoL).

OBJECTIVES: To investigate changes in QoL of a sample of individuals from the Remanescient Community of “Quilombo de Furnas do Dionísio”, after the implantation of Partial and Temporary Removable Prosthesis (PPRT).

SUBJECTS AND METHODS: Clinical validation before and one month after the installation of the PPRT, in a voluntary sample of 31 individuals (17 males; 14 females) who presented lack of, at least, one superior incisive tooth. The following instruments: Quality of Life Questionnaire “The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey”, and an Odontological schedule by which personal, clinical and odontological data were collected, and the subjects photographed. Both instruments were applied and photographs taken before and after the installation of the prosthesis within a one-month period.

RESULTS: Most subjects were married (67,7%), ≥ 35 years (58%), age peaked at 41 to 45 years (22,6%). Most individuals did not present any clinical problem (38,7%). However 19,4% had high blood pressure and problems due to alcoholism and smoking. Before the use of the prosthesis (PPRT) the participants without clinical complaints showed a better QoL in all the domains as compared to those with clinical problems. Both groups had an increase in QoL after the use of the PPRT. The “functional capacity” domain of QoL presented the least variation before and after the use of the PPRT, whereas the “physical aspect” displayed the biggest variation for both gender. All the domains of QoL (SF-36), except for “general health status” and “vitality,” positively correlated within themselves. As a whole, QoL of the participants increased after the use of the PPRT. Male participants presented better QoL (before and after) than their female counterparts. However, all the participants, independently of the gender, had an overall increase in their QoL after the use of the PPRT, thus revealing that a change in oral esthetics had a positive effect in QoL. The major effect was in physical aspects, pain, general health status, vitality, social aspects and mental health.

CONCLUSION: Oral esthetics positively affected most of the QoL domains relating to physical or mental aspects.

KEY WORDS: Oral esthetics. Quality of life. “Furnas do Dionísio”. Afro-American population. Partial and Temporary Removable Prosthesis.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
- APD – Auxiliares de Prótese Dentária
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CPO – Cariados, Perdidos e Obturados
- DOU – Diário Oficial da União
- FCP – Fundação Cultural Palmares
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- GHRI – General Health Rating Index
- GAO – General Accounting Office
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- MHI – Mental Health Inventory
- MOS – The Medical Outcomes Studies
- MS – Mato Grosso do Sul
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PPCOR – Programa Políticas da Cor na Educação Brasileira
- PPR – Prótese Parcial Removível
- PPRT – Prótese Parcial Removível Temporária
- QV – Qualidade de Vida
- QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
- SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

- SEPPIR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
- SF-36 – The Medical Outcomes Study 36 – Short-Form Health Survey
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TTM – Transtornos Mentais Menores
- TPD – Técnicos em Prótese Dentária
- UCDB – Universidade Católica Dom Bosco
- USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de freqüências e porcentagens das variáveis sócio-demográficas

TABELA 2 - Distribuição das médias e desvios-padrão de cada domínio de antes e após a introdução da prótese

TABELA 3 - Comparaçao de médias e desvios-padrão das respostas antes da introdução de prótese, segundo a variável dados clínicos (com ou sem alteração)

TABELA 4 - Comparaçao de médias e desvios-padrão das respostas após a introdução de prótese, segundo a variável dados clínicos (com ou sem alteração)

TABELA 5 - Média das respostas antes e depois da introdução da prótese e resultados do teste *t de Student* (p-valor)

TABELA 6 - Correlação linear de Pearson entre os domínios estudados

TABELA 7 - Distribuição das médias das respostas por sexo e resultados do teste *t de Student* (p-valor)

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – Domínios e componentes do SF-36
- FIGURA 2 – Distribuição dos participantes segundo a faixa etária
- FIGURA 3 – Distribuição da amostra segundo o Gênero
- FIGURA 4 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.
- FIGURA 5 – Distribuição das médias para os domínios de QV do SF-36 antes e depois a instalação da prótese
- FIGURA 6a – Participante 1 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 6b – Participante 1 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 7a – Participante 2 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 7b – Participantes 2 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 8a – Participante 3 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 8b – Participante 3 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 9a – Participante 4 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 9b – Participante 4 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 10a – Participante 5 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 10b – Participante 5 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 11a – Participante 6 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 11b – Participante 6 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 12a – Participante 7 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 12b – Participante 7 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 13a – Participante 8 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 13b – Participante 8 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 14a – Participante 9 antes da instalação da PPRT
- FIGURA 14b – Participante 9 depois da instalação da PPRT
- FIGURA 15a – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 1 – vista frontal
- FIGURA 15b – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 1 – vista lateral
- FIGURA 16a – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 2 – vista frontal
- FIGURA 16b – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 2 – vista lateral
- FIGURA 17a – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 3 – vista frontal
- FIGURA 17b – Prótese Parcial Removível Temporária: modelo 3 – vista lateral
- FIGURA 18 – Escola municipal
- FIGURA 19 – Igreja Católica

FIGURA 20 – Posto de saúde e telefone local

FIGURA 21 – Placa (escola estadual)

FIGURA 22 – Quadra de esportes (escola estadual)

FIGURA 23 – Igreja Evangélica

FIGURA 24 – Associação de pequenos produtores rurais de furnas de Dionísio

FIGURA 25 – Local de produção da cana de açúcar

FIGURA 26 – Placa de informação

FIGURA 27 – Local de lazer para os moradores da comunidade

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Líder da Comunidade Furnas de Dionísio

APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes da pesquisa

APÊNDICE 3 - Fotos de alguns participantes antes e após a instalação da PPRT

APÊNDICE 4 - Fotos de alguns modelos da PPRT

APÊNDICE 5 - Fotos da Comunidade de Furnas do Dionísio - lócus de pesquisa

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Ficha Clínica Odontológica

ANEXO 2 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36

ANEXO 3 - Mapa do Brasil

ANEXO 4 - Mapa do Estado de Mato Grosso do Sul

ANEXO 5 - Mapa do município de Jaraguari/MS

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO

II - REFERENCIAL TEÓRICO

1- CAPÍTULO 1. SOBRE QUILOMBOS

1.1 A COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE FURNAS DO DIONÍSIO

2- CAPÍTULO 2. SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

2.1 SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

2.2 ALGUMAS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS

2.2.1 Diretrizes e metas nacionais: promoção da eqüidade na atenção à saúde da população negra. (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

2.2.2 Implementação de políticas de saúde para a população do campo

2.2.3 Discurso do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na Cerimônia de Abertura da 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial; Brasília, DF, 30 de junho de 2005.

2.2.4 Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Ampliação do acesso à Atenção em Saúde Bucal. Portaria Nº. 2.607/GM 10/12/2004 –

3- CAPÍTULO 3 - ESTÉTICA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

3.2 ESTÉTICA E CULTURA

3.3 ESTÉTICA BUCAL

3.3.1 Estética Bucal e Aspectos Psicossociais

3.4 ASPECTOS FUNCIONAIS LIGADOS À DENTIÇÃO OU À SUA AUSÊNCIA

3.4.1 Sistema Estomatognático (mastigatório)

3.4.1.1 Mastigação

3.4.1.2 Fonação

3.4.1.3 Articulação

3.4.1.4 Deglutição

3.5 PRÓTESE DENTÁRIA

3.5.1 Prótese Parcial Removível

3.5.2 Prótese Parcial Removível Temporária

4-- CAPÍTULO 4 - QUALIDADE DE VIDA (QV)

4.1 HISTÓRICO DO CONCEITO

4.2 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

4.3 QUALIDADE DE VIDA E CULTURA

4.4 QUALIDADE DE VIDA E FATORES SOCIAIS

4.5 MENSURAÇÃO E INSTRUMENTOS DE QUALIDADE DE VIDA

4.6 O QUESTIONÁRIO SF-36 (THE MEDICAL OUTCOMES STUDY
36-ITEM SHORT-FORM HEALTH SURVEY)

III - A PESQUISA

1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÕES

2 HIPÓTESES

3 OBJETIVOS

 3.1 GERAL

 3.2 ESPECÍFICOS

IV - CASUÍSTICA E MÉTODO

1 PARTICIPANTES

2 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

4 PROCEDIMENTO E ASPECTOS ÉTICOS

5 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

V - RESULTADOS

1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

2 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

3 ANÁLISES COMPARATIVAS

4 RESULTADOS PRÉ e PÓS-PRÓTESE ATRAVÉS DE FOTO DE
ALGUNS PARTICIPANTES

VI – DISCUSSÃO

VII - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

I – INTRODUÇÃO

A partir de uma problemática atual e relevante do ponto de vista biopsicossocial e acadêmico, este estudo propõe-se a abordar as repercussões da mudança da Estética através da reabilitação oral (instalação de Prótese Parcial Removível Temporária superior), na Qualidade de Vida de um grupo de moradores da Comunidade Remanescente de Quilombos de Furnas do Dionísio/MS.

As condições da Saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, dos mais significativos sinais de exclusão social, seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas no acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

Acrescente-se que a Estética é uma referência presente em todos os povos e sociedades, diferindo, no entanto, segundo a cultura e que problemas relacionados à mesma, no caso, a ausência de dentes, repercutem na esfera biopsicossocial, e.g. auto-estima, diminuição do ato de sorrir, vergonha, contato interpessoal e social, restrições para conseguir melhores empregos, problemas mastigatórios, entre outros.

Um levantamento das condições de Saúde bucal da população brasileira concluído em outubro de 2003 (BRASIL, 2004) evidenciou que este campo constitui-se em relevante problema de Saúde Pública.

No Brasil, a perda do órgão dental relacionada a exodontia provocada por doenças evitáveis (entre elas a cárie dentária e as doenças periodontais), é muito elevada, e um dos principais indicadores de risco para o edentulismo é a perda dentária precoce.

As significativas correlações entre perda dentária precoce e as variáveis ligadas ao grau de desenvolvimento humano e aos indicadores sociais dos municípios brasileiros contribuem para fortalecer a hipótese que identifica, o processo social mais amplo, uma força de determinação de algumas manifestações do processo saúde-doença.

Associação entre a ocorrência de elevados níveis de severidade de cárie dentários em países com baixos índices de desenvolvimento humano (IDH) também tem sido observada, bem como uma importante correlação entre perda dentária e níveis inferiores de escolaridade e renda. Uma das dimensões de análise das desigualdades e a carga de doença é a condição de saúde dos grupos vulneráveis da sociedade brasileira.

Foram consultados os seguintes Bancos de Dados: *MedLine*, *Lilacs*, *PsyInfo*, *Eric (Educational Resource Information Center)* e *Psychology & Behavioural Sciences Collection*,

no período de 2000 a 2005, utilizaram-se para busca os seguintes termos: *Quality of life, Sthetic, Oral Health, Dental Disease, Low-income Populations, Race, Black Population, African-american* e seus equivalentes (quando possível) em português. Não foi encontrado nenhum trabalho científico realizado junto às populações negras das Américas que abordasse a interface Estética bucal e Qualidade de Vida Geral, em população similar.

O conceito de Qualidade de Vida adotado neste estudo está baseado na definição da Organização Mundial de Saúde - OMS que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL-GROUP, WHO, 1996).

Assim sendo, a parte I desta dissertação contempla uma introdução sucinta na qual se contextualiza a relevância da realização desta investigação.

A parte II contém o referencial teórico que fundamentou o estudo e está dividida em quatro capítulos.

O primeiro deles traz breves considerações sobre os quilombos e aspectos considerados relevantes para a contextualização desta pesquisa, sobre a Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas do Dionísio/MS (locus do estudo).

O capítulo 2 aborda o tema “Saúde da população negra”, em particular o problema da Saúde bucal em nosso país, algumas iniciativas governamentais atuais para o enfrentamento do grave quadro apresentado, considerado consensualmente um sério problema de Saúde Pública.

O capítulo 3 discorre sobre Qualidade de Vida, contemplando as seguintes seções: aspectos históricos, definições e conceitos, aspectos culturais, aspectos sociais, mensuração e instrumentos de avaliação, e o Questionário SF-36, utilizado para avaliação da QV neste estudo.

O capítulo 4 traz a questão da Estética, em particular, da Estética bucal, relacionada à Odontologia em relação à Qualidade de Vida, abordando os seguintes tópicos: Estética e cultura, Estética bucal e aspectos psicossociais, aspectos funcionais ligados à dentição ou à sua ausência, sistema estomatognático: mastigação, fonação, articulação, deglutição; prótese dentária e Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT)

Na parte III, esta dissertação apresenta a pesquisa de campo, o contexto onde se realizou o estudo, as hipóteses de trabalho e os objetivos estabelecidos. A parte IV apresenta a casuística e o método de investigação, descrevendo a amostra estudada, os recursos humanos e

materiais utilizados, os instrumentos de pesquisa, os procedimentos, aspectos éticos e a análise e o processamento dos dados coletados.

A parte V descreve os resultados obtidos, evidenciando-se os achados estatisticamente significativos e também fotos de alguns participantes, antes e depois da intervenção realizada. A parte VI refere-se à discussão dos resultados, comparando-os a algumas interfaces de trabalhos da literatura nacional e internacional.

Na parte VII apresentam-se as conclusões obtidas e as considerações finais.

“Em todo o mundo, minorias étnicas continuam a ser desproporcionalmente mais pobres e desproporcionalmente mais afetadas pelo desemprego e desproporcionalmente menos escolarizadas do que os grupos dominantes. Estão sub-representadas nas estruturas políticas e super-representadas nas prisões. Têm menos acesso a serviços de saúde de qualidade e, consequentemente, menor expectativa de vida. Estas e outras formas de injustiça racial constituem-se em uma cruel realidade do nosso tempo, mas não precisam ser inevitáveis no nosso futuro”.

KOFI ANNAN (ONU, 2001)

II – REFERENCIAL TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – SOBRE QUILOMBOS

As seguintes denominações: “quilombos”, “mocambos”, “terra de preto”, “comunidades remanescentes de quilombo”, “comunidades negras rurais” e “remanescentes de comunidades de quilombos” designam grupos sociais descendentes de escravos africanos trazidos para o Brasil durante o período colonial, que resistiram ou manifestamente se rebelaram contra o regime escravagista, formando territórios independentes onde a liberdade e o trabalho comum passou a constituir símbolos de liberdade, autonomia, resistência e diferenciação do regime de trabalho escravista (GOMES, 2005).

Silva (2004) refere que no Brasil, genericamente, quando se fala em quilombos, logo se associa a idéia de negros fugitivos que se escondiam no interior longínquo das florestas. Quilombos eram locais escondidos, de difícil acesso, onde os escravos fugidos se reuniam, construíam suas casas, plantavam suas roças e viviam em sociedade, livres da escravidão, enquanto não fossem “capturados” pelos capitães-do-mato.

A formação de quilombos foi a principal forma de resistência negra frente à escravidão. O Brasil, na história da resistência escrava nas Américas, tem o maior número de povoamentos de escravos fugitivos, conhecidos como quilombos ou mocambos. Nenhuma outra área escravista teve tantos. Eram aldeamentos de negros que fugiam dos latifúndios, passando a viver comunitariamente, sendo que o maior e mais duradouro foi Palmares, no estado de Alagoas (AMORIM, 1998).

Segundo Gomes (2005), entre as atividades econômicas dos quilombos se destacava a agricultura de subsistência. A esta atividade se acrescentavam outras, como a extração, a mineração e o comércio, este último representando um dos principais canais de comunicação entre os quilombolas e outros grupos nas regiões estudadas, inclusive nas Guianas, em cujo território também circulavam os fugitivos da escravidão.

Amorim (1998) ressalta que as comunidades remanescentes de quilombos desenvolveram, ao longo de sua formação, uma identidade que se define pelas experiências vividas e compartilhadas em relação às suas trajetórias históricas. Assim, a identidade tem o território como referencial determinante como ponto de articulação da existência e da memória coletiva.

No Brasil, até hoje, foram identificadas oficialmente, 743 Comunidades Remanescentes de Quilombos, distribuídas em 315 municípios, ocupando cerca de 30 milhões de hectares e com uma população estimada em dois milhões de pessoas. Destas comunidades, 42 são reconhecidas e tituladas 29 pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Estas cifras podem estar subestimadas, segundo Ribeiro (2004). De forma extra-oficial, o total de comunidades quilombolas existentes ultrapassa 2.000 e o reconhecimento dos quilombos apenas foi possível com a promulgação da atual Constituição Federal, em 1988 (BRASIL, 2000).

A identificação de uma comunidade como “remanescente” de quilombo é essencial para garantir o direito à propriedade. Estas se caracterizam, em sua maioria, por serem de predominância negra, rurais, com atividades sócio-econômicas que integram a agricultura de subsistência, atividade extrativa (mineral e/ou vegetal), pesca, caça, pecuária tradicional (pequena quantidade de animais de pequeno, médio e grande porte), artesanato e agroindústria tradicional e/ou caseira voltada principalmente para a produção de farinha de mandioca, azeites vegetais e outros produtos de uso local que normalmente também são comercializados. Isto, contudo, não significa que todas comportem todos esses sistemas de produção, posto que o arranjo dos sistemas produtivos tradicionais a cada uma dessas comunidades, depende principalmente da potencialidade produtiva do meio ambiente onde estejam inseridas (RIBEIRO, 2004). Genericamente, as comunidades remanescentes de quilombos conjugam áreas individuais e áreas de uso comum quando da execução das atividades produtivas.

Para classificar Furnas do Dionísio como território quilombola, a Fundação Cultural Palmares ligada ao Ministério da Cultura do Brasil elaborou um relatório técnico, informando sobre os aspectos étnicos, históricos, culturais e sócio-econômicos do grupo, para que as terras suscetíveis de reconhecimento e demarcação fossem delimitadas, evitando posteriores questionamentos e disputas territoriais (BRASIL, 2000).

Em 2000, Furnas do Dionísio, *locus* desta investigação, recebeu a denominação de "remanescente de quilombo" (EQUIPE PPCOR, 2004). Tal fato significa que a comunidade é caracterizada, conforme o art. 2º do Decreto Federal nº. 4887, de 20 de novembro de 2003, como "grupo étnico-racial, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotada de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida". Ressalte-se que a comunidade compartilha características físicas comuns (como a cor da pele e diferentes graus de parentesco) e também práticas culturais tradicionais.

1.1 A COMUNIDADE REMANESCENTE DE QUILOMBO DE FURNAS DO DIONÍSIO

A Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas do Dionísio situa-se a 48 km de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, Brasil (ANEXOS 3 e 4), no município de Jaraguari (ANEXO 5). Cortada pelo córrego Pombal e cercada por montanhas, a comunidade é patrimônio cultural preservado. Possui uma área de 1.031,89 ha. e uma população estimada em 500 pessoas, agrupadas em aproximadamente 86 famílias que descendem diretamente do escravo posteriormente alforriado Antonio Dionísio de Oliveira Dionísio (FUNASA, 2005). Acredita-se que Dionísio tenha vindo de Minas Gerais para o Mato Grosso do Sul juntamente com José Antônio Pereira, fundador da cidade de Campo Grande/MS.

A criação da comunidade data de 1890. Seis anos após sua chegada, Dionísio requereu a posse definitiva das terras, recebendo o título provisório junto à Secretaria da Agricultura, Indústria, Comércio, Viação e Obras Públicas, do então Estado de Mato Grosso. Dez anos mais tarde, foi-lhe outorgado o título definitivo de apropriação, relativo a 914 hectares.

Após a morte de Dionísio, por volta de 1920, seus (11) filhos inventariaram a gleba, demarcando-a em linhas familiares com área entre dois e 50 hectares, conforme o tamanho da família beneficiada. Na expectativa de alcançarem melhores condições de vida, muitos dos herdeiros venderam suas terras e migraram para a cidade, restando atualmente apenas 580 hectares pertencentes aos moradores (FUNASA, 2005).

Segundo Oliveira (2003) algumas pesquisas revelam que em Furnas do Dionísio, os membros da comunidade valorizam em alto grau a base familiar e os laços de amizade. A organização das atividades desempenhadas, muitas vezes depende da cooperação mútua. Tal fato pode ser explicado pela relação de coexistência harmoniosa entre os membros mais antigos e mais jovens, com um legado permanente e importante de histórias, tradições e experiências.

A autora acima citada ainda refere que, entre as práticas culturais levadas a efeito entre “os Dionísios”, os momentos de festejo pessoal e devoção religiosa organizam-se em torno da comunidade. As comemorações locais apresentam principalmente caráter religioso e as tradições são transmitidas de geração em geração, preservando-se a memória local. Dessa forma, a integração em torno de manifestações culturais oferece aos membros da comunidade uma estratégia de prevenção quanto aos tempos futuros, como reflexo do desejo de reprodução

perene da própria história local. O leque de tradições transmitidas é amplo e inclui vários aspectos, da dança à culinária, da história à farmacopéia.

Silva (2004) relata que os moradores ainda mantêm algumas tradições e.g., a festa do Engenho Novo, da Primavera e, sobretudo, as festas religiosas para Santo Antônio, padroeiro da cidade, Nossa Senhora Aparecida.

Com relação aos festejos individuais, os aniversários dos mais idosos constituem-se em uma ocasião em que se reúne grande parte da comunidade. Observa-se, portanto, que os Dionísios se agrupam para celebrar acontecimentos importantes segundo os valores locais, reforçando assim, a aliança comunitária e a identidade cultural (MOURA, 2001).

Leite (1995) refere que a economia dos Dionísios, voltada para a subsistência e para o pequeno comércio, baseia-se na criação de animais de pequeno ou médio porte, na produção de leite e seus derivados, na agroindústria caseira, assim como na agricultura familiar - que ocupa mão-de-obra local, provém o sustento em épocas difíceis e reduz a migração para outras áreas.

Segundo Oliveira (2003), a maior parte dos membros da comunidade tem produção própria, cujo excedente é comercializado em cidades próximas: rapadura, farinha de mandioca, açúcar mascavo, melado, frutas locais em compota (doces de caju, mamão, goiaba, guavira, entre outros), ainda produzidos segundo processos artesanais e métodos passados de geração para geração.

Oliveira (2003) refere ainda que, também existem moradores que trabalham em fazendas da região, como empregados rurais, ou nas três escolas locais (duas municipais e uma estadual), como professores, auxiliares administrativos, merendeiras ou serventes, contribuindo para aumentar a renda de suas próprias famílias. Em média, as famílias compõem-se de cinco membros e têm uma renda mensal que varia de R\$ 400,00 a R\$ 800,00. Atualmente, os moradores da comunidade procuram desenvolver a produção do açúcar mascavo como alternativa econômica (SWARBROOKE, 2000).

De forma geral, esta comunidade negra sofre com a falta de infra-estrutura educacional, transporte, saúde, saneamento, e até mesmo áreas de lazer. As belezas naturais e a autenticidade de suas manifestações culturais são motivos de orgulho para seus membros, que “estáticos no tempo”, procuram desenvolver o local sem perder suas raízes históricas e continuam sobrevivendo de subsistência e da venda de produtos artesanais (OLIVEIRA, 2002).

CAPÍTULO 2 – SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Conhecido pela exuberância dos contrastes naturais entre as diferentes regiões, o Brasil é também marcado por grandes contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da nossa população do acesso aos mais elementares direitos sociais, entre eles o direito à saúde (HERMET, 2002).

A Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2001) refere que as desigualdades sociais, independentemente do indicador socioeconômico usado (renda, classe social, escolaridade ou ocupação, dentre outros), somadas ao processo de exclusão social, repercutem em efeitos deletérios junto à saúde geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde) e por consequência, na Saúde bucal; indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de Saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos, quando comparados a outros com maior renda.

Observa-se também que as melhorias ou benefícios trazidos pelos programas de Saúde bucal são mais eficazes, quanto mais a região for desenvolvida, significando que o enfrentamento do binômio saúde-doença também está na dependência de fatores sociais e, portanto, algumas medidas devem ser postas em prática como e.g., a democratização do acesso aos serviços e a eliminação de algumas barreiras sociais, econômicas e, sobretudo políticas (BRASIL, 2001)

Em 1999, a desagregação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que envolve a alfabetização, a expectativa de vida e a renda *per capita*, considerando-se a raça, resultou que o IDH da população negra coloca o Brasil na 108^a posição, em contraponto ao da população branca, que ocupa a 49^a colocação (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM, 1998).

A saúde é resultado de diversos fatores, ambientais, sociais, econômicos, culturais. A população negra, em nosso país, apresenta os piores índices de escolaridade, baixos salários e baixa expectativa de vida. A pobreza tem determinado a gravidade dos problemas da saúde da população negra, tanto que, Batista *et al.* (2004) destacam que a população negra tem uma expectativa de vida de seis anos a menos que a da população branca (64/70 anos).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1999, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) evidencia a distribuição segundo a raça, da

população indigente, na qual 68,85% são negros e 30,73% são brancos. No mesmo levantamento, a população pobre negra representa 63,63% e a branca 35,95%. Quanto à população acima de 25 anos, com menos de quatro anos de escolaridade, 46,9%, são negros e 35% brancos e 7,85% de brancos têm abastecimento de água inadequado, e esse percentual sobe para 26,15% entre os negros. Já os domicílios com esgoto sanitário inadequado são habitados por 27,73% de brancos e 52,12% de negros. Pode-se, portanto, observar uma marcada associação entre raça e níveis de pobreza.

Uma das dimensões para a análise das desigualdades sociais e da carga de doença é a condição de saúde dos grupos vulneráveis da sociedade brasileira: a população do campo, os negros (incluindo-se os remanescentes de quilombos) os índios, as crianças, os adolescentes e jovens, as mulheres, os portadores de deficiência e os presidiários (FRAZÃO, ANTUNES, NARVAI, 2003).

Além das doenças que são peculiares à etnia negra, tais como anemia falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, diabetes mellito (tipo II), hipertensão arterial e miomas uterinos (IBGE, 1999), o grupo populacional representado pelos quilombolas, está hoje “esquecido” nas matas brasileiras e periferias das cidades. São observados muitos problemas de saúde específicos da população negra, em particular da remanescente de quilombos (RIBEIRO, 2004).

A partir dos dados acima expostos, fica evidente a necessidade de ampliação do escopo dos conhecimentos sobre a saúde da população negra, problemática complexa, em que pesam questões de ordem política e cultural.

Segundo Oliveira (2003, p. 249-250):

Tornou-se recorrente no campo da saúde a afirmação de que a precariedade em termos de manutenção da saúde da população negra brasileira deve-se a fatores de ordem econômica; (...) a recusa em identificar a população negra brasileira como objeto de atenção à saúde, contribuindo para a manutenção da falta de conhecimento sobre os aspectos de morbi-mortalidade específicos deste grupo populacional dificulta a implantação de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde do negro brasileiro.

Os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento, as práticas em saúde geral, bucal e mental, para viabilizar o processo de capacitação da população promovendo também a responsabilização coletiva da promoção da saúde em todos os níveis da sociedade (BRASIL, 2004; RIBEIRO, 2004).

Para a organização de modelos de atenção capazes de responder a essa complexidade, é necessária a articulação entre as várias esferas governamentais na estruturação e implementação de uma rede de serviços de saúde, que inclua: a promoção e a proteção da saúde, as atividades de controle de risco e de regulação do mercado produtivo de saúde, bem como as ações voltadas ao controle e ao monitoramento das práticas, resultando em indicadores que traduzam a melhoria da Qualidade de Vida.

Na Odontologia, em particular, a viabilização de uma nova prática em Saúde bucal para a dignificação da vida e a conquista da cidadania, depende do desenvolvimento de um modelo de atenção em Saúde bucal orientado pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade, da equidade e caracterizado pela resolutividade das ações que realiza (BRASIL, 2001; 2004; BENTO, 1999; PINTO; 1997).

Assim sendo, as condições da Saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social (Universidade de São Paulo – USP, 1998), seja pelos problemas de saúde localizados na boca, bem como, pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais. Dentes e gengivas, portanto, registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país.

Uma escolaridade deficiente, baixa renda, falta de trabalho, enfim, uma má Qualidade de Vida produzem efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca, as quais dão origem a dores, infecções, sofrimento físico e psicológico. Por essa razão, o enfrentamento em profundidade dos problemas nessa área, exige mais do que somente ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes (ARAÚJO, 2001). Esta situação requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo. Como, aliás, determina com clareza a Constituição da República.

Cabe destacar que, em Furnas do Dionísio, a diversidade da flora existente e o importante conhecimento de ervas medicinais propiciam aos moradores o emprego de uma eficaz farmacopéia local. Assim, além das tradicionais rezas e benzimentos, algumas enfermidades são tratadas com a farmacopéia regional.

Todavia, Oliveira (2003) ressalta que o uso de ervas e raízes não é uma forma de recusa voluntária ao tratamento clínico. Pelo contrário, o emprego da farmacopéia natural é uma

forma local para atenuar o deficiente atendimento semanal do único posto de saúde existente num raio de aproximadamente 15 km.

A 3^a Conferência Nacional de Saúde bucal realizada em Brasília em 2004 teve o seguinte tema central: “Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social”. Esta escolha objetivou fazer frente às demandas sociais e à recente conclusão do levantamento epidemiológico SB-Brasil, que apontou a existência de mais de 30 milhões de desdentados no país.

A citada conferência deflagrou um processo ascendente de discussões, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares. No encontro, a Saúde bucal das populações foi tomada como importante indicador da Qualidade de Vida das pessoas e da coletividade.

2.1 SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Levantamento sobre as condições de Saúde bucal da população brasileira, concluído em outubro de 2003, evidenciou que esta área se constituiu em um relevante problema de Saúde pública. Resultados obtidos revelam que em crianças de 12 anos de idade, o índice de CPO (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados) é de 2,78, com claras e marcadas diferenças regionais. No Norte, o CPO encontrado foi igual a 3,13; no Nordeste, 3,19; no Centro-Oeste, 3,16; no Sul, 2,13; e no Sudeste 2,30. Com relação aos adolescentes, o CPO obtido foi 6,17 e, para os adultos, de 20,30. Estes achados revelam que, entre a adolescência e a idade adulta, aproximadamente 14 dentes são atingidos pela cárie (BRASIL, 2004).

Em regiões ou países onde uma proporção significativa da população não tem acesso regular a ações de promoção da Saúde bucal e a serviços odontológicos profissionais, o tratamento, no estágio tardio, é realizado preferencialmente através da exodontia (extração) dos dentes afetados. (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003).

Além do problema da cárie, alguns estudos (GUIMARÃES e BREDA, 1995; MOURA; EUGÊNIO; SILVA, 1998) têm mostrado que as doenças periodontais constituem importante causa para a exodontias. Acrescente-se que, no Brasil, a perda do órgão dental relacionada às

exodontias provocadas por doenças evitáveis, entre elas, a cárie dentária e as doenças periodontais, é muito elevada (VIEGAS; VIEGAS, 1988). Dados epidemiológicos têm mostrado também um expressivo incremento das perdas dentárias com a idade (PINTO, 1997; BRASIL, 1998; USP, 1998).

Em 1986, estimava-se que 10% da população brasileira aos 34 anos de idade, apresentasse ausência total de dentes. Dos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros. (PINTO, 1997).

A partir dessa idade, a proporção de edêntulos é cada vez maior e o colapso da dentição é mais intenso: 40% aos 53 anos, 50% aos 58 anos; 60% aos 63 anos; 70% aos 68 anos e 80% aos 70 anos de idade (HIIDENKARI; PARVINEN; HELENIUS, 1996).

Um dos principais indicadores de risco para o edentulismo (perda de dentes) é a perda dentária precoce (EKLUND; BURT, 1994; HIIDENKARI; PARVINEN; HELENIUS, 1996).

A informação epidemiológica mais recente sobre a perda dentária precoce em adultos brasileiros situou-se na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, em levantamento realizado em 1986 em 16 capitais (BRASIL, 2001). Nesse grupo etário, a prevalência de cárie era de 22,5 dentes atacados, caracterizando um valor "muito alto", segundo a classificação de prevalência apresentada por Murray (1986). De cada três dentes atacados por cárie, dois haviam sido extraídos, correspondendo a uma média de cerca de 15 dentes perdidos por adulto.

Os idosos apresentam um CPO de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 destes extraídos, em média, por pessoa). Menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas sadias. A perda dentária precoce pode ser considerada grave. A necessidade de prótese total (dentadura) já é identificada entre os adolescentes. Mais de 28% dos adultos não possuem nenhum dente funcional, ou seja, todos os dentes foram extraídos ou os que restam têm sua extração indicada (em pelo menos uma arcada). Desses, mais de 15% necessitam de pelo menos uma dentadura. Entre os idosos, os dados são ainda mais preocupantes. Três a cada quatro idosos não possuem nenhum dente funcional, dos quais mais de 36% precisam de pelo menos uma dentadura (BRASIL, 2004).

Segundo estudo realizado pela USP (1999), em 1998, foi realizado um levantamento epidemiológico para avaliar as condições de Saúde bucal da população de 5 a 12 e de 18 anos de idade do Estado de São Paulo. Foram também obtidos dados exploratórios para adultos de 35 a 44 anos de idade, vinculados às unidades de ensino do Estado e idosos de 65 a 74 anos de idade (USP, 1999). Este estudo, do tipo multicêntrico, efetuado em 131 municípios do estado,

gerou uma importante base de dados com mais de 89 mil exames, que tem permitido incursões analíticas em diferentes direções no campo da produção de conhecimentos de epidemiologia em saúde bucal.

Nos Estados Unidos, uma análise do plano de combate à cárie no período de 1988-94 no grupo etário de 35-44 anos de idade mostrou que adultos de estratos sócio-econômicos mais elevados tinham menos superfícies dentárias perdidas e mais restauradas do que aqueles de estratos mais baixos (BURT; EKLUND, 1999).

No Líbano, Doughan, Kassak e Bourgeois (2000) estudando o mesmo grupo etário acima citado, observaram valores médios de dentes perdidos significativamente maiores ($p<0,05$) em adultos com padrão sócio-econômico mais baixo e que moravam em área rural.

Nos Estados Unidos, a situação da Saúde bucal também se mostra relacionada a questões de ordem socioeconômica. O relatório do Ministério da Saúde sobre a Saúde bucal nos Estados Unidos (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2000) observa que, enquanto a Saúde bucal dos norte-americanos está “melhor do que nunca”, existem disparidades e contrastes significativos, a depender da região, raça, escolaridade e nível sócio-econômico.

Nessa direção, relatórios elaborados pelo *US General Accounting Office* (2000), pela *Federation Dentaire Internationale* (2000) e pela OPAS (2001) são concordantes quanto ao fato de que populações de baixa renda e outras igualmente vulneráveis continuam tendo elevados índices de doença bucal.

As significativas correlações entre perda dentária precoce e as variáveis ligadas ao grau de desenvolvimento humano e aos indicadores sociais dos municípios contribuem para fortalecer a hipótese que identifica no processo social mais amplo, uma força de determinação de algumas manifestações do processo saúde-doença — neste caso, relacionadas com um importante aspecto da Saúde bucal.

Alguns estudos mostram correlação entre perda dentária e níveis de escolaridade e de renda inferiores (EKLUND; BURT, 1999; MILLER; LOCKER, 1994). Outros evidenciam associação entre países com baixo IDH e elevados níveis de severidade de cárie dentária (LALLO; MYBURGH; HOBDELL, 1999).

Frazão *et al.* (2003) em nosso meio, refere que, num contexto de alta prevalência de cárie, maior retenção dentária em adultos foi influenciada pela idade, presença de flúor na água de abastecimento, e condição sócio-econômica. As menores taxas de perda dentária foram

observadas onde havia melhor grau de desenvolvimento humano e indicadores sociais e, também, nos municípios de maior porte demográfico. Este estudo epidemiológico de base populacional indicou expressivas desigualdades (cor da pele, entre outras) de retenção dentária, suficientes para subsidiar a reorientação das políticas públicas no setor.

Verhelst (1992) descreve um conceito pertinente a esta problemática, o empoderamento, entendido como um processo capaz de incrementar a autonomia e independência em sujeitos (individuais ou coletivos), como a comunidade negra remanescente de quilombo aqui estudada, que historicamente foi marginalizada, oprimida, submetida à dependência. No empoderamento, esses sujeitos passariam a expressar, a adquirir, desenvolver, acumular e exercer habilidades, sabedorias e formas de expressão, a utilizar destrezas ou tecnologias, conquistando, assim, maior presença nos espaços de decisão política.

Para o autor, o empoderamento é de sinal positivo, não estando orientado à dominação nem à expropriação de outros sujeitos. Os objetivos do processo são as transformações, norteadas pela justiça, nas condições de hierarquização nas relações sociais, para o melhoramento generalizado da Qualidade de Vida e efetivação da democracia.

Na próxima seção, são elencados alguns documentos recentes criados pelo Governo Brasileiro, os quais parecem contemplar explícita ou implicitamente a questão do empoderamento frente à problemática da Saúde geral e também bucal, da população negra e do campo.

2.2 ALGUMAS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS

Para a viabilização desta seção, foram pesquisados, examinados e selecionados alguns documentos atuais, descritos a seguir, elaborados pelo Governo do Brasil, no período de 2000 a 2005. Tais documentos estão relacionados à saúde, particularmente à Saúde bucal da população negra, das comunidades remanescentes de quilombos e do campo. Tal opção justifica-se, dada a necessidade de se conhecerem as medidas tomadas na atualidade para o enfrentamento da problemática aqui estudada:

2.2.1 Diretrizes e Metas Nacionais: Promoção da Eqüidade na Atenção à Saúde da População Negra para o período de 2004-2007 (Ministério da Saúde do Brasil, 2001).

■ (...) A atuação do SUS nesse âmbito buscará contribuir para a redução das desigualdades econômico-raciais que permeiam a sociedade brasileira, na conformidade da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, coordenada pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR.

■ (...) Para tanto, serão definidas as iniciativas de curto, médio e longo prazos, além do atendimento das demandas mais imediatas, mediante, principalmente, o estabelecimento de ações afirmativas em saúde. Nesse particular, especial atenção será dada às mulheres e à juventude negras, garantindo o acesso e a permanência desse público na área da saúde. A atenção à saúde da população negra irá requerer a capacitação dos profissionais, acesso e a permanência desses públicos na área da saúde.

■ (...) A atenção à saúde da população negra irá requerer a capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e os agravos que são decorrentes das condições desfavoráveis vivenciadas pela população negra ou que sobre ela incidem com maior severidade. Nesse contexto, destaca-se a anemia falciforme, cujo programa será revisto, visando a seu fortalecimento e à implementação em todos os serviços do SUS, contemplando também a vacinação contra o *Haemophilus influenza* tipo B.

■ Deverá ser aperfeiçoado o **acesso das comunidades quilombolas** ao conjunto das ações de saúde, em especial aquelas relacionadas às doenças imunopreveníveis.

■ (...) Por outro lado, será assegurada a efetiva participação de representações dessa população no planejamento das ações e no seu monitoramento, consolidada a integração com outras áreas do governo que atuam nesse campo e estabelecida articulação contínua com organizações não-governamentais envolvidas com as questões de combate ao racismo. Além disso, serão promovidos estudos que subsidiem o aperfeiçoamento da atenção à saúde ou que fornecam respostas às questões relacionadas à saúde da população negra. Para tanto, uma medida relevante consistirá na inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

Estas diretrizes propõem como **metas propostas para o período de 2004-2007:**

- Capacitar os profissionais de saúde no atendimento adequado da população negra em 50% dos municípios,
- Implementar, em 50% dos municípios, serviços de diagnóstico e tratamento das hemoglobinopatias.
- Implantar o programa de controle da anemia falciforme nas 27 unidades federadas.
- **Atendimento odontológico das comunidades - No desenvolvimento de estratégias de saúde, focalizando as especificidades da cultura da população negra (saberes, fazeres, hábitos, doenças e agravos prevalentes).**

2.2.2 Implementação da Política de Saúde para a população do campo (DOU - Portaria Nº. 2.607/GM- 10/12/2004):

A atenção integral à saúde da população do campo - nesta incluídos **os trabalhadores rurais em regime de economia familiar**, os trabalhadores rurais assalariados e os acampados. Será provida mediante a formulação e a adequação das políticas de saúde existentes de modo a responder às necessidades próprias dessas populações.

A política de saúde para esse segmento populacional, decorrente da formulação e adequação referidas, compreenderá seis eixos, a saber:

- 1-** acesso às ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, com vistas à integralidade da atenção, em articulação com o gestor estadual e o municipal;
- 2-** ações de saneamento, de acordo com a Portaria FUNASA/MS nº 106, de 4 de março de 2004 (que aprova os critérios e os procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros relativos às ações de saneamento);
- 3-** assistência farmacêutica, inclusive fitoterápicos, integrando o conhecimento tradicional com a validação científica para a realização dos procedimentos terapêuticos;
- 4-** educação em saúde e controle social, voltada para a produção da saúde e a emancipação do sujeito;
- 5-** saúde do trabalhador e saúde ambiental, gerenciando os fatores de risco pela exposição aos agrotóxicos e a outras substâncias químicas, avaliando a qualidade da água, dos alimentos e realizando ações de atenção primária ambiental; e
- 6-** alimentação e segurança alimentar, concretização do direito humano à alimentação adequada, respeitando e valorizando a cultura local.

Apresenta as seguintes metas para o período de 2004-2007:

A- Implantar a política de incentivo à equidade:

- 1). Em 100% dos municípios com **assentamentos e dos municípios com quilombos**;
- 2). Em 100% dos municípios da Amazônia Legal com população igual ou menor que 50 mil habitantes e IDH igual ou menor que 0,7;
- 3). Em 100% dos municípios com população igual ou menor que 30 mil habitantes e IDH igual ou menor que 0,7. 2004-2007.

B- Implantar a política de prevenção e controle do consumo de álcool e outras drogas em:

50% dos municípios de residência da população do campo.

C- Implantar a política do idoso em :

50% dos municípios de residência da população do campo.

2.2.3 Discurso do presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva – 1^a Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial (BRASÍLIA, 2005):

(...) Vejam, por exemplo, a **situação das Comunidades Remanescentes de Quilombos**. (...) Estimava-se que existiam cerca de 750 dessas comunidades. Para fazer o trabalho que estamos fazendo, era necessário que tivéssemos informações precisas. Tomamos, portanto, a decisão de fazer um mapeamento sério e rigoroso dos quilombolas em todo o país. (...) Hoje, concluído o trabalho feito pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário foram localizadas e identificadas 1.800 comunidades remanescentes que agora passaram a ser consideradas de fato nas políticas sociais brasileiras. (...) Uma das reivindicações principais dessas comunidades é a regularização de suas terras. Por isso, ao mesmo tempo em que estamos avançando nesse trabalho, e queremos torná-lo cada vez mais ágil, o Incra está modernizando os processos administrativos para facilitar essa tarefa. Além disso, temos procurado assegurar um conjunto de direitos de cidadania – educação, saúde e infra-estrutura – a essas comunidades. (...) O objetivo é melhorar a Qualidade de Vida em todas elas.

2.2.4 Plano Nacional de Saúde/PNS–Um Pacto pela Saúde no Brasil – Ampliação do acesso à Atenção em Saúde Bucal Portaria Nº. 2.607/GM 10/12/2004:

A atenção em **Saúde bucal no País**, pautada no Programa **Brasil Soridente**, envolverá a reorientação do modelo prevalente e pautar-se-á, entre outros: 1 - na garantia de uma rede de atenção básica articulada com toda a rede de serviços e como parte indissociável desta; 2 - na integralidade das ações de Saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção como tratamento e a recuperação da saúde da população adscrita, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência; 3 - na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em Saúde bucal, com o objetivo de implementar projetos de mudança na formação técnica, de graduação e pós-graduação que atendam às necessidades da população e aos princípios do SUS; e 4 - na definição de agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços públicos de saúde bucal, em todos os níveis da atenção.

O elenco das medidas a serem empreendidas compreenderá: a fluoretação das águas; a educação em saúde; a higiene bucal supervisionada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de Saúde bucal, visando à autonomia e ao autocuidado; a aplicação tópica de flúor, objetivando a prevenção e o controle da cárie em ações coletivas, com a utilização de produtos fluorados (soluções para bochechos, gel-fluoretado e verniz fluoretado).

O diagnóstico deverá ser feito o mais precocemente possível, seguido da imediata instituição do tratamento, de modo a deter a progressão da doença e impedir o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes. O tratamento deverá priorizar procedimentos conservadores – entendidos como todos aqueles executados para manutenção dos elementos dentários –, invertendo a lógica que leva à mutilação, hoje predominante nos serviços públicos, garantindo-se, na rede assistencial, atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde. Já as ações de reabilitação consistirão na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença e na reintegração do indivíduo no seu ambiente social e na sua atividade profissional.

Considerando a complexidade dos problemas que demandam à rede de atenção básica e a necessidade de se buscar continuamente formas de ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, buscar-se-á: (1) a organização e o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer bucal; (2) a implantação e o aumento da resolubilidade do pronto-atendimento, avaliando-se a situação de risco à Saúde bucal na consulta de urgência e orientando o usuário para retorno ao serviço e a continuidade do tratamento; e (3) a inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, considerando-se a possibilidade de inserção, em cada local, de procedimentos mais complexos na atenção básica.

A viabilização dessas possibilidades implicará suporte financeiro e técnico específico que contribua para a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária, de modo a contemplar as diferentes regiões e a capacitação de técnicos em prótese dentária - TPD e auxiliares de prótese dentária APD da rede SUS. Na ampliação do acesso, buscar-se-á superar o modelo biomédico de atenção às doenças, mediante duas formas de inserção transversal da Saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: (1) por linhas de cuidado; e (2) por condição de vida. A primeira compreenderá o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada com a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Já a atenção por condição de vida compreenderá a saúde da mulher, a do trabalhador, a de portadores de necessidades especiais, a de hipertensos, a de diabéticos, entre outras.

Para ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados será promovida a implantação e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, que consistirão em unidades de referência para as equipes de Saúde bucal da atenção básica, e ofertarão, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica. Entre esses procedimentos, deverão estar incluídos, por exemplo, tratamentos cirúrgicos periodontais, endodontia, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção.

Como se pode observar, os documentos expostos, as constatações e propostas neles contidas são de concepção e implementação extremamente recentes, instituídas a partir de

2004. Conclui-se que, até o momento, estas proposições ainda não se fazem sentir de forma perceptível por parte destas populações usuárias dos serviços de saúde pública em nosso país.

CAPÍTULO 3 – ESTÉTICA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

O belo e a beleza têm sido objeto de estudo ao longo de toda a história da filosofia. A beleza está etimologicamente relacionada com "brilhar", "aparecer", "olhar".

Na Grécia antiga, a reflexão sobre a Estética estava centrada sobre as manifestações do belo natural e o belo artístico. Para Pitágoras, o belo consistia na combinação harmoniosa de elementos variados e discordantes. Platão afirmava que a beleza de algo não passa de uma cópia da verdadeira beleza que não pertence a este mundo. Aristóteles defendia que o belo é uma criação humana, e resulta de um perfeito equilíbrio de uma série de elementos. Na Grécia antiga, portanto, a beleza não tinha um estatuto autônomo; poder-se-ia dizer que faltava aos gregos, ao menos até a época de Péricles, uma Estética propriamente dita, ou uma teoria da beleza (ECO, 2004).

Na Idade Média, identifica-se a beleza com Deus, sendo as coisas belas feitas à sua imagem e por sua inspiração. Entre os séculos XVI e XVIII predomina uma Estética de inspiração aristotélica: a beleza é associada à perfeição conseguida por uma sábia aplicação das regras da criação artística.

As academias, a partir do século XVII garantirão a correta aplicação dos cânones artísticos. Kant atribuirá ao sentimento estético as qualidades de desinteresse e de universalidade, tendo sido o primeiro a definir o conceito de belo e do sentimento que ele provoca.

Hegel verá no belo uma encarnação da Idéia, expressa não num conceito, mas numa forma sensível, adequada a esta criação do espírito. A arte moderna coloca problemas radicalmente novos à Estética. Os artistas rompem com os conceitos e as convenções estabelecidas na arte e sobre a arte.

Ferry (1991) relata que na linguagem corrente, Estética, Filosofia da arte e Teoria do belo são expressões mais ou menos equivalentes. Também se costuma pensar que elas designam uma preocupação tão essencial do ser humano, a ponto de sempre terem existido, sob diferentes formas, em todas as civilizações. A Estética propriamente dita é uma disciplina

recente, cuja emergência está ligada a uma verdadeira revolução da maneira de encarar o fenômeno da beleza.

A beleza é aquela experiência que nos dá, simultaneamente, um sentido de alegria e um sentimento de paz. Outras ocorrências nos dão alegria e paz, mas, na beleza, a alegria e a paz fazem parte da mesma experiência. A beleza é serena e, ao mesmo tempo, estimulante; ela aumenta a nossa consciência do fato de estarmos vivos. A beleza não só nos dá o sentimento de admiração, mas também, nos dota, ao mesmo tempo, de um sentimento de intemporalidade, de sossego. Por isso é que falamos de beleza como sendo eterna (MAY, 1992).

Kina (s/d *apud* Cardoso, 2003, p. 99) afirma que:

A beleza captura sorrateiramente nossos corações, aprisiona nossa mente e impregna nosso cotidiano. A reverência ao belo, à beleza e à estética vai de encontro a um desejo (cada vez mais explícito) de ver e imaginar uma forma humana ideal sobre a máxima de que a aparência é a parte mais pública (exposta) de pessoa. Mesmo assim, a maioria das pessoas parece sempre observar que não acredita (ou pelo menos não se deixa influenciar) no velho ditado que diz “o que é belo é bom”, muito embora o tratamento preferencial dispensado às pessoas “bonitas”, assim como a discriminação contra as “feias”, é bastante fácil de ser demonstrado.

A palavra Estética só foi introduzida no vocabulário filosófico em meados do século XVIII, pelo filósofo alemão Baumgartem, na procura da análise da formação do gosto. A reflexão sistemática na filosofia, sobre a beleza e a arte são, todavia, muito mais antigas, remontam à antiguidade clássica. Muitos autores, no entanto, preferem o termo *filosofia da arte*, entendendo-o como uma reflexão centrada nas obras de arte e nas suas relações com o criador que as produziu. Esta denominação pretende excluir, por exemplo, o belo natural.

Para Baumgarten (1735/1964) a Estética (como teoria das artes liberais, como gnosiologia inferior, como arte de pensar de modo belo, como arte do análogo da razão) é a ciência do conhecimento sensitivo. Assim sendo, as primeiras manifestações artísticas são provavelmente tão antigas como o próprio homem, mas o conceito de Estética é relativamente recente.

O mesmo autor relata, ainda, que o objetivo da Estética é a perfeição do conhecimento sensitivo como tal. Esta perfeição, todavia, é a beleza (metafísica). A imperfeição do conhecimento sensitivo, contudo, é o disforme (metafísica), e como tal deve ser evitada.

Para Busato (2002) pode-se discutir filosoficamente e compreender o significado do belo, da beleza. Freqüentemente fala-se em beleza interior e exterior, associando a perfeição

das formas com as qualidades morais do indivíduo. Ter-se-ia então, a construção de uma cadeia de referências, na qual os indivíduos se incluem ou são incluídos, e onde se correlacionam os aspectos físicos e psicológicos que compõem o ser.

Ferry (1991) diz que, ao contrário do que acontecia na Antiguidade, o belo não designa mais uma qualidade ou um conjunto de propriedades que pertencem de modo intrínseco a determinados objetos. Como insistem em afirmar os primeiros tratados de Estética: o belo é subjetivo: reside essencialmente naquilo que agrada o nosso gosto, à nossa sensibilidade.

A Estética hoje já não é mais considerada um sinal de vaidade. Em um mundo competitivo do ponto de vista profissional, econômico, social e sexual, uma aparência agradável é vista como uma necessidade.

A palavra Estética, de acordo com o “Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa Século XXI” (2000) significa: “1. *Filos*. Estudo das condições e dos efeitos da criação artística. 2. *Filos*. Tradicionalmente, estudo racional do belo, quer quanto à possibilidade da sua conceituação, quer quanto à diversidade de emoções e sentimentos que ele suscita no homem”.

No Novo Dicionário da Língua Portuguesa, segundo Weiszflog (1998, p. 894), a Estética é “um substantivo feminino, palavra de origem grega *aisthetik*, um estudo que determina o caráter de belo nas produções naturais e artísticas”.

A partir das diferentes conceituações de Estética, já se pode começar a compreender o quanto é difícil e complexo tentar definir se algo é estético ou não. Cada ser interpreta o que vê de maneira particular e única, caracterizando o estético como algo abstrato e difícil, se não impossível, de se mensurar. O termo “diversidade de emoções”, por si só, rotula a Estética como algo variado ou que apresenta vários aspectos pertinentes àquilo que nos proporciona. (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

3.2 ESTÉTICA E CULTURA

É possível que, além das diversas concepções de beleza, existam algumas regras únicas para todos os povos e culturas, em todos os séculos.

Segundo Eco (2004, p. 16):

(...) a beleza jamais foi algo absoluto e imutável, mas assumiu faces diversas segundo o período histórico e o país: e isso não apenas no que diz respeito à beleza física (do homem, da mulher, da paisagem), mas também no que se refere à Beleza de Deus ou dos santos, ou das idéias...

Há um padrão universal para a beleza facial, não obstante a raça, idade, sexo e outras variáveis. As faces consideradas bonitas têm a proporção facial ideal. A proporção ideal é relacionada diretamente à proporção divina. Todos os organismos vivos, incluindo os seres humanos, são codificados geneticamente para tornar-se parte desta proporção, devido aos benefícios estéticos e psicológicos os quais proporciona. A grande maioria das pessoas não é proporcionada perfeitamente. O tratamento da Estética facial que proporcione à face linhas mais suaves é capaz de melhorar a auto-imagem, aumentando a saúde psicológica, a fertilidade, e a Qualidade de Vida (JEFFERSON, 2003).

O corpo se insere em um terreno social conflitivo, uma vez que é tocado pela esfera da subjetividade. Ao longo da história, o corpo se tornou um emblema étnico e sua manipulação tornou-se uma característica cultural marcante para diferentes povos. Ele é um símbolo explorado nas relações de poder e de dominação para classificar e hierarquizar grupos diferentes. O corpo é uma linguagem e a cultura escolheu algumas de suas partes como principais veículos de comunicação (GOMES, 2003).

A Estética não pode ser considerada exata, embora existam muitos parâmetros estéticos, tais como forma, cor, disposição espacial e textura, os quais podem ser reproduzidos. A busca da beleza é influenciada por diversos fatores e conceitos subjetivos, os quais derivam de costumes, educação e cultura da civilização, raça e aspectos individuais. Acima de tudo, a Estética deve evocar uma sensação de beleza ou harmonia que ajude a revelar a personalidade do sujeito, assim como uma aparência natural e atraente (TOUAT; NATHASON; MIARA, 2000).

Na antiguidade, para os gregos, e ao longo da tradição de todo o mundo ocidental, de Platão a Kant, a beleza não tem estado apenas no centro das preocupações filosóficas, e sim mesclada com bondade e verdade. E esta tríade – beleza, bondade e verdade foram colocadas como os “três valores fundamentais”, como se o valor de todas as coisas pudesse ser julgado com estes três padrões ou de “transcendental” como se todas as coisas de alguma maneira estivessem sujeitas à denominação de verdadeiro ou falso, bom ou mau, belo ou feio (RUFENACHT, 1998).

Com relação à Estética bucal, existem na história, repetidas referências ao valor atribuído à substituição de um dente perdido. Goldstein (2000) e.g., refere que no cemitério *El Gizel*, localizado nas proximidades das grandes pirâmides do Egito, foram encontrados dois molares envolvidos por fios de ouro. Tais molares eram aparentemente protéticos. Também na Lei Talmúdica dos hebreus, a reposição dos dentes era permitida, porém apenas para as mulheres. Os etruscos eram peritos em utilizar dentes humanos ou modelados, a partir de dentes de animais para restaurar uma dentição falha.

Com relação ao padrão estético existente em outras culturas, Hungerford (2000 *apud* VIEIRA, 2004, p. 1 e 2) relata que “o que uma cultura admite como mutilado, desfigurado, pode ser belo para outra”.

Segundo o autor acima citado, os *ubangis* distendiam seus lábios, os maias adornavam os dentes com incrustações de jadeíta e os astros de *Hollywood* com coroas de porcelana. Na cultura japonesa, foi por longo tempo utilizado um corante decorativo para os dentes, e mais recentemente, têm-se os garimpeiros de Serra Pelada que aplicavam ouro nos dentes à guisa de ostentação. O senso de beleza de um indivíduo determina como o mesmo deseja se apresentar aos outros. Sendo assim, a Estética não é absoluta e objetiva, mas sim, relativa e subjetiva.

Para Vieira (2004) a preocupação com a Estética do sorriso esteve presente ao longo de toda a história da humanidade e em todas as civilizações, e é marcada por mudanças, que ainda hoje surpreendem. Para alguns, a mutilação e as alterações de partes do seu corpo os tornam atraentes, exemplos disto são, a distensão progressiva do lábio inferior e dos lóbulos das orelhas, tatuagens e *piercings*.

Goldstein (2000) acrescenta que atualmente, a Estética dentária se fundamenta em uma base efetivamente mais sólida: a melhora geral da saúde dentária. Mas o mesmo motivo que levou aqueles velhos indivíduos a se submeterem a ornamentação dentária, um retrato externo de desejos internos, impele o homem moderno a procurar o tratamento estético.

O conceito de beleza muda de tempos em tempos, e diferentes faces são escolhidas, porém todas tendo, em comum, o equilíbrio dos traços faciais. Sendo assim, o belo é expresso como aquilo que agrada universalmente, e a sua concepção é influenciada por múltiplos fatores: étnicos, individuais, culturais, etc. (VIEIRA, 2004).

Para Castro Jr. *et al* (2000), associada aos fatores para obter-se uma boa Estética: tamanho dos dentes, cor, disposição, alinhamento, posição, cor da gengiva artificial, oclusão, enfim, todos os recursos utilizados para se promover um aspecto mais natural e harmônico

possível, a opinião do paciente deve ser sempre consultada, e dele deve ser a última palavra, pois o conceito do belo é de caráter totalmente pessoal e subjetivo, sofrendo influências culturais e sociais. Procedendo desta maneira, estaremos mais próximos de realizar seu desejo estético, obtendo uma maior satisfação e aceitação do trabalho.

Nas últimas décadas tem havido uma grande preocupação por parte dos estudiosos em demonstrar de que forma o negro é representado no imaginário ocidental. Tanto nos trabalhos que se debruçam sobre as imagens produzidas no passado de colonização do continente africano, quanto naqueles que situam seu interesse em um período mais recente, procura-se mostrar a construção desse imaginário, desenvolvido nas sociedades européias ou na norte-americana através de imagens e discursos estereotipados e derivados de maior ou menor grau de exotismo e/ou racismo.

Para Santos (2000) essas reflexões são importantes para o entendimento do processo que levou à criação das ideologias que priorizam imagens hierarquizadas de culturas diferenciadas e compreender de que modo os negros constroem ou reelaboram imagens de si, contrapostas às da representação dominante nas sociedades ocidentais.

Nos anos 1970 surgiram os movimentos políticos e culturais que proporcionaram o reconhecimento positivo do “ser negro”, com ênfase na existência do conceito de “negritude”, definido por Bernd (1998) como sendo o “orgulho de ser negro em uma terra onde ainda prevalece o racismo”. Os anos 1980 representaram a solidificação de uma auto-estima associada ao discurso de uma beleza negra específica.

Santos (2000) refere que nesse contexto de reafirmação da existência do belo inerente a qualquer raça, as bonecas africanas, denominadas *Abayomis*, servem de parâmetro educativo e modelo referencial para as crianças negras, sendo, portanto, o contraponto àquelas feitas à imagem e semelhança das *Barbies*.

Segundo Blanco, Pelaez e Zavarce (1999) os estímulos geram uma resposta fisiológica e evocam uma resposta psicológica, a qual pode estar condicionada por uma grande variedade de elementos. Para os autores, isso significa que, para a percepção de uma experiência visual, por parte do observador, ser considerada prazerosa ou não prazerosa, dependerá de vários fatores, entre eles, os culturais e as experiências prévias que se interpretam inconscientemente. Assim, o belo para uma cultura pode ser o feio para outra.

3.3 ESTÉTICA BUCAL

Para Busato (2002) a Estética participa de uma forma importante na Odontologia atual, em um momento no qual a população desperta sua preocupação com saúde e com beleza.

A Estética facial está intimamente relacionada à Estética dental, e, enquanto os dentistas se preocupam com materiais de qualidade, durabilidade e resistência, pacientes pensam em ter dentes brancos e alinhados. Nos dias atuais é possível corrigir a maioria das ausências estruturais coronárias com ótimos resultados.

O fato dos dentes centrais superiores estarem posicionados anteriormente na cavidade oral e receberem assim uma maior quantidade de luz, geram a ilusão de serem maiores e mais brancos. Assim sendo, quaisquer anormalidades que tais dentes venham a apresentar, causarão também o trauma estético ou traumas ainda maiores, dependendo de cada indivíduo, e de como cada qual age e reage a este fato.

Matson (1992) acrescenta que a habilidade de restaurar não só a saúde, como a estética dos elementos dentais anteriores, requer, além do conhecimento técnico-científico, bom senso harmônico e proceder com arte os tempos operatórios. O autor assinala que se deve lembrar sempre que o conceito de Estética é relativo, variando com os valores culturais atuais, grau de instrução do paciente, idade e época.

Goldstein (2000) refere que a Odontologia estética requer atenção e tratamento aos problemas e desejos individuais do paciente. É a arte da Odontologia em sua forma mais pura e seu objetivo não é sacrificar a função, mas usá-la como base da Estética.

O primeiro relato sobre tratamento estético dentário é anterior a um milênio antes de Cristo. Como referido anteriormente, existem na história, repetidas referências ao valor atribuído à substituição de um dente perdido. O senso de Estética é influenciado pela cultura e auto-imagem. Alguns povos e.g., limavam seus dentes incisivos em forma pontiaguda, para aumentar a ferocidade de sua aparência, já outros pintavam seus dentes (ELIAS, 2001).

Da beleza advém uma percepção subjetiva influenciada por numerosos fatores sociais e interpessoais e a avaliação reconhecida ou não de proporções facial. Os gregos e.g., procuraram descrever a beleza de acordo com uma coleção de linhas ou de ângulos matemáticos. Esta filosofia grega conduziu o desenvolvimento do princípio geral que as faces

humanas julgadas para serem atrativas devem apresentar graus maiores de simetria (NASSIF; KOKOSKA, 2004).

A análise facial deve começar com a avaliação dos fatores interpessoais que podem significativamente afetar a interpretação do paciente, portanto, devem ser examinados com cuidado.

Embora os vários elementos possam contribuir à realização da beleza conceptual, cinco componentes interpessoais principais devem ser considerados:

- 1) idade,
- 2) gênero,
- 3) raça,
- 4) cultura, e
- 5) personalidade.

Segundo Nascimento (2004), a concepção estética brasileira é caracterizada pela “arte pelo bem”, com intuição e visão amorosas a desvendarem o universo, o belo, exaltando e sublimando a vida e a natureza. Este tipo de Estética encerra valores humanos imperecíveis e as virtudes, unindo as pessoas, os povos, as nações.

Blanco, Pelaez e Zavarce (1999) referem que quando os termos “estético ou antiestético” são utilizados, geram uma emoção que implica a conotação de prazeroso ou não prazeroso. Os autores acrescentam que o sorriso pode determinar se uma pessoa nos agradará ou desagradará. A falta de harmonia nesse sorriso poderia ser interpretada como algo desagradável. Além disso, se têm observado correlações elevadas entre juventude e beleza, por um lado e, velhice e não atratividade por outro. A face é a parte mais exposta do corpo. A boca e os olhos constituem a expressão de nossa fisionomia. A fala e o sorriso deixam à mostra os dentes e, por isso, eles estão hoje recebendo atenção e cuidados progressivamente maiores.

Para Micheli (1987), uma dentição prejudicada pela má-formação, ou uma disposição incorreta dos dentes por falta de espaço, pode provocar trauma no paciente sempre que o mesmo sorrir ou falar podendo tornar-se um motivo de ansiedade.

Em qualquer tratamento que envolva a Estética, é fundamental considerar-se a satisfação do paciente com a aparência natural devolvida. Não satisfazer a expectativa do

paciente pode trazer-lhe prejuízos emocionais e a essa insatisfação, Frush (*s/d apud* GOLDSTEIN, 2000) denominou Síndrome Emocional Negativa-SEN.

As Síndromes Emocionais Negativas de origem dentária estão relacionadas basicamente a dois fatores: 1) à anodontia (ausência de dentes) e 2) à estética deficiente (MICHELI, 1987).

Miyashita e Fonseca (2004) afirmam que uma avaliação estética do paciente não é exclusivamente objetiva e que o profissional deve considerar também as expectativas subjetivas da personalidade e o estilo de vida do paciente durante o planejamento da reabilitação.

Segundo Baldwin (1980 *apud* ELIAS, 2001) as relações entre Estética e Saúde oral, particularmente a saúde dental são complexas, e envolvem dimensões sociais, culturais e psicológicas. É importante salientar que a Estética dentária se fundamenta em uma base mais sólida: a melhora geral da saúde dentária. A Odontologia deve ser entendida a partir de uma perspectiva de promoção de saúde, não apenas cuidando da Saúde bucal, mas sim do indivíduo, com os seus medos, angústias e prazeres, ou seja, de uma forma integral.

Infante (1994, *apud* ELIAS, 2001) refere que a busca de identidade é uma das características fundamentais do desenvolvimento psicossocial através do qual o adolescente tenta determinar-se diante dos papéis sociais disponíveis, buscando modelos. O jovem volta-se para os aspectos estéticos de sua cultura, como forma de comparar seu corpo a um modelo. Na sociedade, onde é consenso a importância de uma boa aparência física não causa espanto, entretanto, é óbvio que a perda de um ou mais dentes, implicaria em grandes alterações emocionais. Tendo sua auto-imagem prejudicada, o adolescente pode ter prejudicada sua auto-estima, com repercussões em seu relacionamento interpessoal, além de eventualmente produzir sentimentos de inferioridade.

Os referenciais de saúde do ser humano sofrem influências diversas do contexto histórico cultural. Atualmente, o poder da mídia, apoiada num *marketing* muito bem elaborado dirigido diretamente ao cliente, faz com que o mesmo busque cada vez mais soluções restauradoras altamente estéticas.

A Estética hoje é um referencial de saúde que leva o indivíduo a mudanças significativas de seus hábitos de vida. Na Odontologia, as mudanças extrapolam os limites dos dentes, sendo elevado o número de pacientes que recorrem à ortodontia e à cirurgia para obtenção de uma estética satisfatória (MEZZOMO, 1997).

Em Odontologia, o termo estético normalmente é referente àquilo que se aproxima ou se assemelha ao natural para determinada pessoa. Assim, na arte de se confeccionar ou reparar elementos ou estruturas orais faltantes, o profissional procura, dentro das possibilidades, uma personalização do trabalho. Esta personalização está intimamente ligada à cor, tamanho, textura, formato, harmonia, translucidez e contorno das estruturas presentes, para que estas possam ser utilizadas como referência às estruturas que serão repostas. Diz-se normalmente que um trabalho odontológico é estético, quando este não pode ser observado como artificial, a uma distância menor possível (CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

Segundo Chichie (s/d *apud* MANDIA JR., 1997) há dois objetivos básicos em Estética odontológica, que são:

1. Criar dentes com proporções intrínsecas agradáveis a si e aos outros.
2. Criar uma disposição dental agradável em harmonia com a gengiva, os lábios e o rosto do paciente.

De segundo molar a segundo molar, a perda de um dente ou de uma coroa deve ser substituída. A simples perda de um elemento dentário não substituído abre os espaços interdentários, dando impactação de alimentos e propiciando a formação de bolsas periodontais, bem como o completo desarranjo de ambos os arcos dentários (TURANO & TURANO, 2000).

3.3.1 Estética Bucal e Aspectos Psicossociais

Goldstein (1980) afirma que muitos indivíduos são influenciados pelos padrões estéticos estabelecidos pela sociedade e desejam mudar sua aparência para seguir o exemplo de seus líderes. As atitudes sociais gerais influem profundamente no conceito de um indivíduo sobre o que é atrativo. O mesmo autor (2000) revela que o desejo de possuir uma boa aparência não é mais encarado como um sinal de vaidade. Em um mundo social, econômica e sexualmente competitivo, a boa aparência é literalmente uma necessidade. Como a face é a parte mais exposta do corpo e a boca um traço proeminente, os dentes têm recebido uma atenção cada vez maior.

Para Cavalcanti (1988 *apud* ELIAS, 2001), em parte, a imagem que o adolescente forma do próprio corpo, é derivada dos estereótipos culturais, produto de suas vivências na interação social, e também, o resultado de suas próprias expectativas e fantasias. O belo pode ser uma promessa de satisfação completa, bem como levar até a essa satisfação. O fato de o indivíduo ser belo ou não, contribui para a referência de imagem que tenha de si mesmo e também, para a construção da imagem que os outros fazem dele; isso por sua vez, repercute novamente no indivíduo

Nesta direção, Busato (2002, p. 83) diz que a imagem que o indivíduo tem de seu corpo é resultado da vida social acrescentando que:

(...) o feio e o belo não têm importância quando isolados, mas quando colocados em um contexto de relacionamento social, adquirem grande importância, regulando as atividades sexuais nas relações humanas. A nossa auto-imagem, a imagem que temos dos outros, sua beleza e feiúra, compõem juntas, a base para nossas atividades sociais e sexuais.

Em relação à sexualidade, não se pode deixar de citar o beijo, uma manifestação de carinho que pode ser prejudicada se a boca apresentar mal-hálito devido à falta de higiene bucal adequada, dentre outros motivos que também poderiam ocasionar o problema de halitose. Weyne (1997 *apud* Elias, 2001) acrescenta que, do ponto de vista psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, sendo assim, um fator da maior importância na preservação de auto-estima.

Goldstein (1980 *apud* ELIAS, 2001, p.7) coloca que:

Os dentes muitas vezes se tornam a característica mais decisiva na formulação de nossos julgamentos. Através da face, uma região sempre exposta do corpo humano, a estética bucal comprometida pode virar um motivo de ansiedade. Como componente essencial da imagem corpórea, os dentes podem originar sensações negativas que variam, desde constrangimentos até profunda ansiedade.

Mandia Jr. (1997) refere que o sorriso é a mais primitiva forma de comunicação e através dele são expressos sentimentos e emoções. O sorriso externa as qualidades e virtudes da personalidade humana. A capacidade individual de exibir o sorriso dependerá da qualidade dos dentes e da gengiva, da relação dos dentes com os lábios durante o sorriso e da integração harmoniosa entre os componentes faciais. As pessoas associam dentes bonitos com sucesso e dentes feios com fracasso.

Blanco, Pelaez e Zavarce (1999) acrescentam que cada dia é maior o interesse dos pacientes em melhorar a aparência do seu sorriso e com isso conseguir uma maior confiança na comunicação com os seus semelhantes. Tal fato deve-se provavelmente à influência da mídia, que tem imposto padrões que geram mudanças na consciência estética das pessoas, onde se identifica o sucesso pessoal, com aqueles indivíduos que apresentam um sorriso belo e prazeroso.

Para o autor acima citado, de forma geral, os sujeitos atrativos têm uma percepção de si mesmos, significativamente mais favorável que os sujeitos não atrativos. Existe uma relação entre satisfação corporal e auto-estima estável e marcante, qualquer que seja o tipo de avaliação destes conceitos, a idade dos sujeitos e as experiências corporais. Uma percepção sobre o próprio corpo mais ou menos favorável ocupa o centro de alguns processos mais amplos que implicam na experiência de si mesmo e a sua avaliação. Os efeitos psicológicos positivos de melhorar a aparência, freqüentemente contribuem para melhorar a auto-imagem e por consequência a auto-estima.

O processo de percepção é uma organização de dados sensoriais (estímulos visuais, táticos, auditivos, olfativos e gustativos) que são levados ao intelecto no qual uma resposta é desenvolvida em combinação com os resultados de experiências prévias ou de crenças que são inconscientemente interpretadas. Devido a isto, se vê a mudança nos padrões estéticos de tempos em tempos (MONDELLI, 2004).

Para Burns (1997 *apud* GOLDSTEIN, 1980) o conceito psicológico de auto-imagem e imagem corporal está completamente envolvido na Estética, colocando a boca como ponto focal de muitos conflitos emocionais. É a primeira fonte de contato humano, um meio de diminuir ou expressar intransqüilidade ou comunicar prazer ou contrariedade.

Goldstein (2000) afirma que os dentes e a boca são essenciais ao desenvolvimento psicológico no decorrer da vida. Geralmente, a forma que os tratamos reflete o nosso sentimento em relação a nós mesmos. A auto-imagem reflexiva também determina, em grande parte, o nível de auto-estima e como uma pessoa pensa que os outros a observam, sendo então determinante na maneira de o indivíduo agir e interagir na sociedade.

Neste sentido, Brande (1995) acrescenta que, além dos problemas biológicos, há os psicológicos, que podem ir desde a ansiedade e depressão ao medo da intimidade ou do sucesso, do abuso ao álcool ou drogas, às deficiências na escola ou no trabalho, ao

espancamento de companheiros e filhos, às disfunções sexuais ou a imaturidade emocional, podendo chegar a suicídios e até mesmo a crimes violentos.

Segundo Bottino *et al.* (2002) a Estética teve nas últimas três décadas uma grande ascensão, ocupando lugar de destaque. Em particular, na Odontologia, os pacientes passaram a assumir a necessidade de ter um sorriso harmonioso, como pré-requisito ao bom convívio em sociedade e consequente ascensão profissional.

A composição dos dentes anteriores tem um papel importante dentro da Estética porque, seu ajuste, colocação, conserto e longitude podem causar grande impacto na personalidade do indivíduo. Assim, os dentes centrais superiores maiores e vestibularizados, laterais lingualizados e os caninos rotados (mostrando sua superfície mesiovestibular) conferem ao sujeito um aspecto masculino, forte. A aparência delicada e feminina requer uma composição dental mais fina.

A importância do enquadramento dos indivíduos dentro dos padrões estéticos do seu contexto social em seu planejamento protético, uma vez que se comprovou que pessoas mais atraentes são consideradas mais qualificadas e confiáveis e, em geral, recebem melhor tratamento interpessoal e social. A aparência de um ser humano está intimamente relacionada à autoconfiança, ao desempenho e a alegria, e tem influência significativa no grau de importância que um indivíduo dá à sua própria saúde (SOUZA JR; CARVALHO; MONDELLI, 2000).

A realidade da estética humana para Rufenacht (1998) implica na necessidade de integração harmônica dos elementos dentais, como meio de requerer capacidade de compreender e interpretar padrões morfopsicológicos manifestos pelo indivíduo. O autor acrescenta que, na sociedade ocidental altamente condicionada, observa-se um grande esforço pela manutenção da perfeição da aparência e do bem estar e que as revistas e os demais meios de comunicação, os hábitos étnicos, os fatores raciais, e o meio desenvolvem padrões de beleza os quais todos tendem a aceitar.

O autor acima citado refere ainda, que, todo indivíduo é “uma coleção de dinamismos”, e a importância dada à percepção dos problemas estéticos e à sua auto-imagem, consciente ou inconscientemente, depende da intensidade destas forças dinâmicas e do campo de interesse ao qual elas são dirigidas. Desta forma, a Estética não pode ser considerada como simples vaidade, algo descartável ou supérfluo.

Baratieri (1998) coloca a face como um segmento extremamente importante na composição da Estética de um indivíduo e os dentes ântero-superiores, por sua vez, assumem um papel fundamental na Estética da face. O tratamento estético na odontologia é muito amplo, compreendendo desde uma simples restauração à resina composta até mesmo a casos de reabilitação oral extensa, como ortodontia, próteses e implantes.

Com relação à Estética bucal, Mendes e Bonfante (1996) destacam que atenção especial deve ser dada aos dentes centrais superiores, que, devido ao seu posicionamento anterior na cavidade oral e de receberem uma maior quantidade de luz, dão a ilusão de serem os mais claros e maiores dentes da boca, e qualquer anomalia nestes, passa a ter um grande destaque para a Estética facial.

Os autores acima descrevem a Estética e o sorriso como intimamente relacionados. Acrescenta que as pessoas podem perder sua autoconfiança e auto-estima, caso o sorriso ou a Estética estejam prejudicados, levando-as a se comportarem de maneiras reservadas, tímidas e retraídas. O autor refere ainda, que este aspecto pode alterar o próprio comportamento de uma pessoa, trazendo importantes repercussões psicoemocionais. Em outro sentido, a Estética pode ser considerada como um fenômeno do intelecto, sendo o termo estético ou não-estético provocador de uma emoção que tem a conotação de ser prazerosa ou não prazerosa.

As deformidades dentárias também podem gerar alguns tipos de ansiedades que são influenciadas pela maneira com que o paciente encara tal deformidade e pela reação que provoca em outras pessoas. O primeiro e mais importante efeito psicológico da deformidade dentofacial se manifesta com um senso de inferioridade. Segundo Goldstein (2000) este senso é um estado emocional complexo e aflitivo, caracterizado por sentimentos de incompetência, inadaptação e depressão, em graus variáveis. Estes sentimentos de inferioridade constituem uma porção significante da imagem que o paciente tem de si próprio, do desejo em procurar tratamento especializado e de suas expectativas em relação aos resultados do tratamento.

Burns (1970) discutindo as motivações do tratamento ortodôntico, cita os resultados de um estudo de Jarabak (s/d) para se realizar tal tratamento, dos quais Goldstein (1980) refere serem aplicáveis também à Odontologia Estética, a saber:

- Aceitação social;
- Medo;
- Aceitação intelectual;

- Orgulho pessoal e
- Benefícios biológicos.

Existem situações em que as expectativas estéticas do paciente jamais poderão ser alcançadas. Ou seja, nem sempre aquilo que o paciente quer é o que ele pode receber em termos de tratamento estético (MIYASHITA; FONSECA, 2004).

Para Moorrees *et al.* (1971), a face do ser humano, juntamente com a sua dentição funcionam harmonicamente como um espelho da expressão e da emoção, e têm fundamental importância na fala e na capacidade de comunicação. Assim, o tratamento das más-oclusões e das desarmonias oclusais deveria ser considerado dentro da área de atenção dos serviços de saúde pública, em decorrência das implicações fisiológicas integradas da boca. Além disso, Shaw *et al.* (1980 *apud* EMMERRICH *et al.*, 2004) admitiram que as más-oclusões podem ter participação importante na possível ocorrência de agravos psicoemocionais, causados por colocação de apelido, gozação, ridicularização e insulto, que podem se refletir em uma baixa auto-estima e à alienação social.

3.4 ASPECTOS FUNCIONAIS LIGADOS À DENTIÇÃO OU À SUA AUSÊNCIA

3.4.1 Sistema Estomatognático (mastigatório)

A função principal do sistema estomatognático é a mastigação, e esta se faz tanto mais eficiente quanto melhor estiver a oclusão. A boa função mastigatória exige paradas céntricas harmoniosas aos sistemas muscular e esquelético, num equilíbrio funcional que gere contatos intercuspidéos máximos e contatos excênicos eficientes para cortar, rasgar e moer os alimentos, dentro de ciclos mastigatórios específicos livres e harmoniosos. O teste mais sofisticado da técnica restauradora é a “intensidade da felicidade” do paciente quando seus dentes anteriores são restaurados.

Paiva (1997) relata que o sistema estomatognártico é uma entidade fisiológica, funcional perfeitamente definida, integrada por um conjunto heterogêneo de órgãos e tecidos cuja biologia e fisiopatologia são completamente interdependentes.

Okeson (2000) acrescenta que o sistema mastigatório é a unidade funcional do corpo responsável primeiramente pela mastigação, seguida da fala e deglutição. Seus componentes também desempenham um papel importante no paladar e na respiração. Este sistema é composto por ossos, articulações, ligamentos, dentes e músculos. Além disso, há um intrincado sistema de controle neurológico que regula e coordena todos esses componentes estruturais.

Não existe um meio eficaz de se alcançar a saúde sem a harmonia de todas as partes do sistema mastigatório, sendo que o mesmo deve ser avaliado como um todo. O que afeta uma parte do sistema acabará afetando de algum modo, direta ou indiretamente, as outras. As alterações na forma e função dos dentes, músculos, articulações, ossos ou ligamentos estão inter-relacionadas e devem ser entendidas, antes que qualquer parte do sistema possa ser analisada propriamente ou tratada prognosticamente (COSTA; CASTRO, 2003).

3.4.1.1 Mastigação

Abdala (2005) refere que a mastigação é o trabalho conjunto da mandíbula em relação à cavidade oral (língua, dentes e músculos) que tem como objetivo a degradação mecânica dos alimentos, transformando-os em pequenos pedaços. Em seguida, estes pedaços menores ligam-se entre si pela ação misturadora da saliva, obtendo-se desta forma o bolo alimentar pronto para ser deglutido.

Já para Okeson (2000), a mastigação, definida como o ato de mastigar alimentos, representa o estágio inicial da digestão. Foi comprovado que a condição oclusal dos dentes pode influenciar o movimento completo da mastigação.

No momento em que se coloca um alimento sólido na boca, morde-se com os incisivos centrais e laterais, para que o alimento seja cortado em partículas menores. O alimento é cortado pelos caninos e triturado pelos pré-molares e molares, com a língua levando o alimento de um lado para o outro da boca, devendo a mastigação ocorrer dos dois lados alternadamente, com os lábios selados. Assim sendo, ter-se-á uma melhor deglutição (MUNHOZ, 2002).

3.4.1.2 Fonação

Para Ozbeki (2003), a fonação é um dos fatores mais importantes na vida diária, dados seus efeitos diretos e indiretos em atividades pessoais e alheias. Transforma-se em um todo, juntamente com a respiração, ressonância da voz, articulação e integração neurológica. A fonação pode ser afetada por vários meios, e é considerada uma função principal, que permite ao indivíduo se comunicar vocalmente, expressar sentimentos, pensamentos e emoções, transformando o indivíduo em um ser social. A articulação é o elemento principal desta função e pode ser entendida como responsável pela formação dos fonemas, um elemento básico da língua.

Articuladores tais como, língua, palato, dentes, lábios, bochecha, alvéolo e os maxilares funcionam para formar fonemas. Alguns fonemas transformam-se em vogais quando as cordas vocais vibram, e assim fazem a emissão dos sons, tornando então todos os elementos essenciais para uma boa comunicação (MANSO *et al.* 1998).

Ozbeki (2003) acrescenta que os problemas da fonação e seus respectivos métodos de tratamento implicam na necessidade de trabalho em equipe e na avaliação do sucesso de uma reabilitação protética. A fonética é considerada uma atividade humana básica e as dimensões, as posições e os materiais da fabricação dos dentes bem como as placas/próteses afetam o discurso e a voz. A articulação toma sua forma em consequência das relações funcionais de várias formações, inclusive o órgão da voz.

Para Abdala (2005), fonema é o fenômeno produzido através dos sons pelos órgãos da fonação, devidamente controlados, amoldados e articulados. Os órgãos da fonação e ressonadores fisiológicos são os seguintes: 1) laringe; 2) faringe; 3) cavidade bucal e 4) cavidade nasal.

Ainda segundo Abdala (2005), a boca desempenha um papel importantíssimo na articulação dos sons, seguida da língua e seus distintos posicionamentos em relação aos dentes, os lábios e as bochechas. A mandíbula deve ter um posicionamento próprio, para que haja a articulação correta de cada sílaba, garantindo um espaço interdental.

Para o autor, qualquer aparato ou órgão que não esteja em equilíbrio, pode desencadear alteração na fonação e dependendo do grau de desequilíbrio, acarretar ao paciente certo desconforto social.

3.4.1.3 Articulação

A articulação dos sons é realizada pelos órgãos fonoarticulatórios, que determinam modificações do som produzido inicialmente nas pregas vocais. A língua é o principal órgão da articulação, atuando em conjunto com os dentes, palato e mandíbula. Através da variação de posições dos lábios e língua no palato e nos dentes, a pessoa consegue produzir uma variedade de sons.

Okeson (1992) acrescenta que os dentes são especialmente importantes para o som do “s”, principalmente em se tratando dos incisivos superiores e inferiores, no qual o ar passa entre estes para a saída do som de “s”, também para emissão de “th” (importante para a língua inglesa – na atualidade o principal idioma mundial) e do “f” e do “v”; a saída destes sons se encontra no toque destes dentes com os lábios.

3.4.1.4 Deglutição

A deglutição é “o ato de engolir”, isto é, “o transporte do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago, realizada por uma série de contrações musculares coordenadas”. A deglutição age como mecanismo protetor, removendo partículas originariamente perdidas na mesofaringe. A decisão de engolir depende de alguns fatores: o grau de diluição da comida, a intensidade do sabor e o grau de lubrificação do bolo alimentar (OKESON, 2000).

A deglutição alcança a maturação aproximadamente aos três anos de idade, quando passa a ser chamada deglutição adulta, e se caracteriza por:

- Toque de língua na papila palatina;
- Oclusão dentária;
- Não participação ativa dos músculos peri-orais;
- Movimento ondulatório da língua contra o palato.
- Geralmente o deglutidor atípico apresenta:
- Respiração bucal;

- Postura incorreta da cabeça;
- Musculatura peri-oral alterada;
- Presença de interposição e pressionamento atípico da língua;
- Deslize mandibular;
- Alteração da sensibilidade oral.

Deve-se acrescentar que as alterações acima citadas podem aparecer isoladamente ou associadas.

A deglutição de um bolo alimentar pastoso ou duro requer a contração dos músculos de fechamento da mastigação e o contato dental; acredita-se que uma dentição relativamente intacta, sem discrepâncias oclusais grosseiras, facilita esse tipo de atividade muscular reflexa (DUBNER, 1998 *apud* SILVA NETTO, 2003).

Considerando que o ato de comer é fundamental para a manutenção da vida e também um dos maiores prazeres do ser humano, é de se esperar que qualquer distúrbio que dificulte uma boa deglutição interfira diretamente no estado físico e emocional do indivíduo (COSTA, 2003). A dificuldade de deglutir pode ser entendida como um distúrbio que dificulta ou impossibilita a ingestão segura, eficiente e confortável de qualquer consistência de alimento e/ou saliva, podendo ocasionar complicações como desnutrição, emagrecimento, desidratação e outras mais graves (COSTA; CASTRO, 2003).

3.5 PRÓTESE DENTÁRIA

Como ramo da Medicina, a Odontologia tem na *prótese* sua expressão mais médica, na medida em que a mesma substitui no corpo humano, um segmento anatômico perdido.

Litree e Gilbert (s/d *apud* CARDOSO; GONÇALVES, 2002) definem *prótese* como “a substituição de um tecido perdido ou não formado”. Etimologicamente, *prótese* significa “a colocação de uma coisa sobre a outra e também em lugar de outra” e deriva do grego: *pro* (diante, em lugar de) e *thesis* (colocar).

Segundo Turano e Turano (2000 p. 23):

Prótese é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes, ou para um ou mais dentes perdidos e para suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto e a saúde do paciente.

Em ciência médica, prótese é a parte da terapêutica cirúrgica que tem por objetivo recolocar mediante uma preparação artificial, um órgão perdido totalmente ou em parte, ou ocultar uma deformidade (LITREE & GILBERT s/d *apud* CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

O mesmo autor ainda refere que a Odontologia tem como principal objetivo manter e/ou melhorar a Qualidade de Vida dos pacientes. Os tratamentos protéticos visam reabilitar as perdas dentais, estruturas adjacentes, prevenir ou auxiliar nos tratamentos das disfunções craniomandibulares, devolvendo as funções orais. Além disso, objetiva a preservação e proteção das estruturas remanescentes, como conforto, bem-estar e boa aparência.

A preocupação em reparar perdas dentárias, através da reposição com próteses, remonta ao séc. VII a.C. Os etruscos construíam próteses fixas, empregando lâminas de ouro para a confecção das bandas. Os dentes perdidos eram substituídos por dentes de animais (MEZZOMO, 1997).

Turano e Turano (2000, p. 48) relatam que:

(...) atualmente, temos um conceito que constitui o objetivo protético moderno: melhorar e estabilizar a boca primeiramente, ainda que com aparelho protético, de tal maneira que o complexo vivo, biológico, forme com o complexo inerte, mecânico (aparelho protético), uma unidade funcional estável que garanta um equilíbrio duradouro.

A prótese é conceituada também por Todescan (1998, p. 1) como “a ciência da arte que trata da reposição das partes ausentes do corpo humano por elementos artificiais que a engenhosidade da mente humana cria para cada situação em particular”.

O autor acima relata que, quando a prótese é voltada para a Odontologia, sem nenhum desfavor a seu aspecto científico, magnifica-se o seu sentido de arte, especialmente, quando estão em jogo os fatores estéticos relativos a esta área do corpo humano. Contudo, antes de se pensar na prótese dentária como arte, é imperativo que se tenha, antes, cuidado com seus fundamentos científicos, pois no corpo humano, sem ciência, nenhuma arte poderá sobreexistir.

Segundo McGivney e Castleberry (1994) a prótese é a área da arte e ciência odontológica que trata, especificamente, da substituição de estruturas dentárias e orais. Assim, a prótese dentária pode ser definida como a disciplina da Odontologia à qual pertence a restauração e manutenção das funções orais, do conforto, da aparência e saúde oral do paciente, através da substituição dos dentes e dos seus tecidos contíguos ausentes, por elementos artificiais.

Rufenacht (1990 *apud* CASTRO JR, 2000) reflete sobre a morfopsicologia, isto é, como uma pessoa vê a outra. Desse ponto de vista, os incisivos centrais focalizam as características de personalidade, força, energia, autoritarismo, magnetismo, apatia ou retração. Os incisivos laterais concentram o abstrato: elementos artísticos, emocionais ou intelectuais da personalidade. Assim, o profissional, ao confeccionar uma prótese total pode alterar totalmente a imagem do paciente, positiva ou negativamente.

3.5.1 Prótese Parcial Removível (PPR)

Todescan, Silva e Silva (1998) colocam que, via de regra, as Próteses Parciais Removíveis são indicadas para os casos de parcialmente edentados em que não seja possível a indicação das próteses fixas, ou em situações nas quais os espaços pequenos devem ser restaurados com próteses fixas e os espaços grandes, por meio de Próteses Parciais Removíveis.

Quando os pacientes incluem suas preferências pessoais ou condição financeira no planejamento do tratamento, outros fatores relevantes são raramente considerados, tais como o impacto destas decisões na Qualidade de Vida (QV), a prontidão de evidência científica atualizada de eficácia da intervenção e a probabilidade de um sucesso a longo prazo.

Para a maioria dos pacientes, a Estética (relacionada à presença dos dentes anteriores) é mais importante do que a Função (relacionada à presença dos dentes posteriores). Leles e Freire (2004) apontam para uma correlação positiva entre a posição do dente e a satisfação do paciente com a boca. A presença de um sextante anterior intacto e ao menos três pré-molares na oclusão são os melhores preditores de satisfação.

Fiori (1989, p. 134) definiu Prótese Parcial Removível (PPR) como:

(...) um aparelho protético que visa substituir, funcionalmente e esteticamente os dentes naturais ausentes e que podem ser removidos e colocados na boca sem causar danos em sua estrutura ou dos dentes remanescentes, e esta pode se apoiar em dentes e no assoalho bucal.

A PPR é de extrema importância não só para o campo da Odontologia, mas também para a saúde como um todo, possibilitando uma repercussão maior do que a substituição dos elementos dentários perdidos, englobando, portanto aspectos que foram desequilibrados ou perdidos juntamente com a perda dos dentes. Deste contexto fazem parte o aspecto psicológico, o fisiológico, o social e a Estética do paciente, com a mesma importância para um completo bem-estar relacionado à saúde física e emocional. Assim sendo, o paciente também deve opinar na escolha de seus dentes anteriores e o aspecto fisiológico da prótese deverá estar em harmonia com lábios, língua e bochecha (MATSON, 1992).

Para Kliemann (1999) a PPR é um excelente meio de preservação das estruturas orais remanescentes, de restauração da Estética e da função oclusal.

Para McGivney e Castleberry (1994, p.1) os objetivos do tratamento de um indivíduo parcialmente desdentado com uma prótese removível são os seguintes:

- Eliminação da doença oral na maior extensão possível;
- Preservação da saúde e das relações intermaxilares, bem como da saúde das estruturas orais e adjacentes;
- Restauração de função oral com um resultado esteticamente agradável.

Para o sucesso do tratamento protético, deve-se conscientizar o paciente que o momento de instalação da prótese não finaliza o tratamento em razão aos cuidados odontológicos. O paciente deve ser alertado quanto ao desconforto inicial, traumas, alteração na saliva, cuidados e higiene, seguir uma dieta de pouco esforço mastigatório.

Como já referido anteriormente, a montagem dos dentes em uma prótese deve objetivar tanto a Estética como a função. Gomes, Mori e Correa (1998) afirmam que o aspecto fisiológico deve estar em harmonia com os lábios, a língua e as bochechas, independentemente da posição ocupada pela mandíbula; para tanto, devem obedecer a algumas normas de: disposição, alinhamento, posição, oclusão e articulação dentária.

Dado que seu campo de aplicação é muito extenso, quando é indicada uma PPR, estar-se-á frente a situações diversas que dificilmente se repetirão de paciente para paciente, variando grandemente em função dos espaços protéticos presentes e dos dentes remanescentes. Portanto, cada caso é um caso e deverá ser analisado como tal, embora os objetivos comuns a todos sejam o bem-estar funcional e estético (MIRANDA, 1984).

3.5.2 Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT)

A PPRT (APÊNDICE 4) é uma PPR, diferindo desta por não apresentar uma armação metálica e ser considerada de caráter provisório.

Mcgivney e Castleberry (1994) referem que a PPRT é para ser usada por um curto espaço de tempo por razões estéticas, para a mastigação como suporte oclusal e por conveniência, até que um tratamento protético mais definitivo possa ser feito, ou mesmo para o condicionamento do paciente visando à aceitação de uma substituição artificial para os dentes naturais ausentes.

As próteses dentárias com o mínimo de intervenção e.g.: Prótese Parcial Removível Temporária- PPRT, tais quais as utilizadas no presente estudo, podem ser consideradas uma importante opção de tratamento em Saúde bucal em todo o país. Tal opção mostra-se viável, principalmente em países em desenvolvimento, que estão sob uma pressão considerável para utilizar eficientemente recursos limitados, para aumentar recursos humanos qualificados e prover níveis avançados de cuidado para um grande número de pacientes. (LELES; FREIRE, 2004)

Mc Cracken (1992 *apud* MCGIVNEY; CASTLEBERRY, 1994) afirma que, por razões estéticas, uma prótese temporária pode substituir um ou mais dentes anteriores ausentes ou pode substituir vários dentes tanto anteriores como posteriores. Esta prótese pode ser usada por períodos prolongados, enquanto sob controle. O autor refere que a indicação deste tipo de prótese faz parte de um tratamento total, por várias razões:

- **Por razões de Estética:** pois pode substituir um ou mais dentes anteriores ausentes ou vários dentes, tanto anteriores quanto posteriores.
- **Para manutenção de um espaço:** após uma perda é normalmente prudente manter o espaço enquanto os tecidos cicatrizam.

- **No restabelecimento das relações oclusais:** pode-se através da PPRT, estabelecer uma nova relação oclusal ou dimensão vertical e também da possibilidade de condicionar os dentes e tecidos do rebordo para melhor suportar a prótese definitiva que virá depois.
- **Para o condicionamento de dentes e dos rebordos residuais:** proporcionando um suporte mais adequado para as próteses de extremidade livre distal.
- **Como uma prótese temporária durante o tratamento:** para uma melhor cicatrização de tecidos ou no aguardo de uma prótese definitiva.
- **No condicionamento do paciente no uso de prótese:** principalmente quando a perda de todos os dentes tiver sido inevitável.

No (APÊNDICE 4), são mostrados alguns dos possíveis modelos de uma PPRT, pois esta difere em sua montagem conforme a (s) ausência (s) dentária (s) apresentada (s), podendo assim se apresentar de diferentes formas.

Como se pode observar nos capítulos até aqui expostos, existem fortes evidências de que: mudanças na Estética bucal (reabilitação oral) podem repercutir na Qualidade de Vida, tanto nos seus aspectos físicos quanto mentais, domínios estes a serem aferidos através do delineamento desta investigação.

A seguir, no próximo capítulo, será abordado o construto Qualidade de Vida, tal qual definido e operacionalizado neste estudo.

CAPÍTULO 4 – QUALIDADE DE VIDA

4.1 HISTÓRICO DO CONCEITO

A expressão Qualidade de Vida (QV) foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos; eles só podem ser medidos através da QV que proporcionam às pessoas".

O interesse por conceitos como "Padrão de vida" e "Qualidade de Vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com este conceito refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (FLECK, 1999).

O termo “Qualidade de Vida” foi introduzido em 1975 como uma palavra-chave nos índices médicos, e seu estudo sistemático começou nos anos 1980, principalmente através da Oncologia, desde que os estudiosos foram confrontados com o problema que a cura poderia ser um preço demasiado elevado a pagar, devido a um resultante aumento na expectativa de vida (BERLIM; FLECK, 2003).

O conceito de QV é central nas ciências do ambiente, sociais, médicas e psicológicas, bem como na vida das pessoas comuns e exerce grande impacto nas pesquisas e nas práticas atuais. Embora as noções de vida e da natureza relativas à boa saúde tenham sido consideradas por filósofos, teólogos e cientistas há séculos, o conceito de QV é razoavelmente novo.

Inicialmente, o termo QV Relacionado à Saúde (QVRS) esteve apenas vinculado às atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando um aumento dos custos hospitalares, devido à necessidade de implementar melhorias nas áreas físicas, equipamentos, contratação de profissionais.

Em anos mais recentes, o foco deste aspecto tem sido dirigido aos pacientes, principal cliente do sistema de saúde. Um diagnóstico correto, tratamento adequado e, principalmente, a

satisfação do cliente, têm sido freqüentemente considerados como fatores integrantes do conceito de QVRS.

Para Castro (2003) as experiências clínicas e as mudanças comportamentais de pacientes diante de intervenções terapêuticas propiciaram o desenvolvimento e a instituição de medidas semi-quantitativas na avaliação do perfil de saúde, tornando-se assim responsáveis pelas primeiras definições do status de saúde. Essa nova forma de análise, com novos instrumentos de medida, possibilitou a comparação de tratamentos complexos, permitindo a definição de estratégias na área de saúde, com controle de efetividade e manutenção da QV dos pacientes.

O conceito de QV é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde.

Fleck (1999 *apud* SOUZA; GUIMARÃES, 1999, p. 123) coloca que:

Em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida e no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e engloba cinco dimensões: Saúde física; Saúde psicológica; Nível de independência; Relações sociais; e Meio ambiente.

Lima (2002) descreve alguns modelos teórico-conceituais relacionados à QV:

- **O modelo psicológico** baseia-se na idéia de que ter uma doença é diferente do sentir-se doente. Segundo este modelo, o estado psicológico e o físico não são independentes: um influencia diretamente o outro. Portanto, as percepções pelo paciente, da maneira como as incapacidades provocadas pela doença influenciam a sua QV, são uma tentativa de traduzir seu estado psicológico.
- **O modelo teórico de Bech** também valoriza o estado psicológico, sugerindo que a QV poderia ser entendida como transição do modelo médico para o psicométrico. Nesse

modelo, são enfatizados: o estado psíquico, o caráter subjetivo e a intenção de tratar, ao invés de meramente levantar dados, como ocorre nos ensaios clínicos randomizados utilizados no modelo médico. A medida da QV está diretamente relacionada com o grau de desconforto psicológico provocado por sintomas somáticos e estressores.

- **No modelo de utilidade (utility)** o paciente faz uma escolha entre a qualidade e quantidade de vida. Este modelo explora o fato de que muitos pacientes gostariam hipoteticamente de trocar a longevidade por uma QV melhor, ou ainda arriscar-se diante de um procedimento, pela perspectiva de viver melhor, sentindo-se ainda úteis.
- **O modelo de Hunt e Mckenna** é baseado nas necessidades do sujeito - postula que a vida ganha em qualidade de acordo com a habilidade e capacidade do sujeito em satisfazer suas necessidades.
- **O modelo de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)** revela que a saúde é a variável que mais influencia a QV e que não há interações significativas entre saúde e outros determinantes desta.

A partir do início da década de 1990, houve um consenso entre os estudiosos da área quanto a dois aspectos relevantes sobre o construto de QV: 1) subjetividade e 2) multidimensionalidade. Quanto à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

O consenso quanto a multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões. A identificação dessas dimensões tem sido objeto de pesquisa científica, em estudos empíricos, usando metodologias qualitativas e quantitativas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Michelone (2005) relata que a QV é uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade, sendo utilizada em vários contextos de pesquisa, servindo como elo entre várias áreas especializadas do conhecimento, como a sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, história social e filosofia.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor, também é possível identificar interesse crescente pela avaliação da QV. Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na

comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

4.2 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Existem várias definições de QV, algumas delas, descritas a seguir.

Ballesteros (1996 *apud* DIAS; MARCHI; 1997. p. 23) refere que:

QV diz respeito à maneira pela qual o indivíduo interage (sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo, portanto à maneira como o sujeito é influenciado e como influencia. Logo, o acesso a uma “vida com qualidade” é determinado por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas.

QV é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria Estética existencial (MYNAIO; HARTZ; BUSS, 2002).

Stephanini (2003) refere que a abordagem conceitual de QV está intensamente centrada no paciente, definindo-a pelas suas percepções em quatro áreas: interações sociais, físicas, profissionais, psicológicas e somáticas, não se atendo aos valores fisiológicos medidos.

Para Wilheim e Deak (1970 *apud* CARDOSO, 1999, p.77) QV é:

A sensação de bem-estar do indivíduo; esta sensação é proporcionada pela satisfação de condições objetivas (renda, emprego, objetos possuídos, qualidade de habitação) e condições subjetivas (segurança, privacidade, reconhecimento, afeto).

A avaliação sobre a QV depende da interpretação emocional que o sujeito dá aos fatos e eventos. É reconhecida cada vez mais como uma avaliação fortemente dependente da subjetividade da pessoa. No campo específico da saúde física, e.g., há uma variabilidade grande entre as pessoas, a respeito de sua capacidade de enfrentar limitações e doenças físicas e de suas expectativas a respeito de sua saúde.

Os conceitos do indivíduo podem ter uma influência determinante na percepção e na avaliação sobre sua condição de saúde. Assim, duas pessoas com o mesmo estado funcional, ou

a mesma condição objetiva de saúde, podem ter QV muito diferente, devido a estes aspectos subjetivos (XAVIER; FERRAZ; NORTON, 2003).

A complexidade do conceito de QV incorpora a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, o aspecto social, as crenças pessoais e o relacionamento entre as características proeminentes do ambiente. Sendo assim, a QV é o reflexo da maneira que o indivíduo percebe e reage ao seu *status* da vida (MENTA, 2003).

Para Lima (2002, p. 13) a QV “é uma abordagem centrada na percepção do paciente em relação ao seu funcionamento em diferentes áreas da vida, e.g., física, ocupacional, psicológica, interação social e sensações somáticas”. A QV pode flutuar ao longo do tempo de forma global ou em algumas áreas da vida do sujeito. Neste caso, o paciente serve como seu próprio controle.

Apesar da amplitude do conceito, Dias e Marchi (1997) relatam que viver com QV é saber manter o equilíbrio no dia-a-dia, procurando sempre melhorar o processo de interiorização de hábitos saudáveis, aumentando a capacidade de enfrentar pressões e dissabores e vivendo mais consciente e harmonicamente em relação ao meio ambiente, às pessoas e a si próprio.

O conceito de QV que é utilizado em relação à saúde, a justiça e à ética tem sido estruturado, levando em consideração as contribuições de várias disciplinas de conteúdos muito diferentes. Na sua essência está o seu caráter avaliativo, contextual e histórico ao que deve ater-se, assim como a sua fidelidade aos valores humanos que constituam uma expressão de progresso social e respeito a uma individualidade em que se harmonizem necessidades individuais e sociais. Partindo destas exigências, a utilização do conceito Qualidade de Vida permitirá valorizar as condições de vida das pessoas e comunidades, para poder avaliar o grau de progresso atingido e selecionar as formas de interação humana e com o meio ambiente, mais adequadas, para aproximarmos progressivamente a uma existência digna, saudável, livre, com equidade, moral e feliz (PEREZ, 2002).

A QV não pode ser tomada como um conceito geral, mas deve ser entendida dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos. Prover ótimas condições de sobrevivência não garante a elevação dos níveis de QV, visto que o que determina é a forma e a capacidade do indivíduo em perceber e se apropriar dessas condições. De nada adiantam os recursos se o beneficiário não pode se favorecer deles (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Duarte (2003) revela diversos aspectos que justificam o atual interesse no estudo sobre QV, em especial no caso de doenças crônicas:

- Conhecimento do impacto da doença sobre atividades diárias;
- Identificação de problemas específicos;
- Avaliação do impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não adesão do paciente;
- Obtenção de informações que permitam a comparação entre diferentes tratamentos;
- Entre outros.

4.3 QV E CULTURA

Na atualidade, observa-se uma proliferação de instrumentos de avaliação de QV, a maioria deles desenvolvida nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A aplicação transcultural através da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de QV possa não ser ligado à cultura.

Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um "universo cultural" de QV, isto é, que, independente de nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (FLECK, 1999).

Pope-Davis (2001 *apud* ASSIS, 2004) ressalta a importância de integrar a perspectiva do pesquisado dentro do contexto histórico da literatura multicultural, examinando preferências e expectativas, como também a suficiência dos dados empíricos atuais que podem afetar diretamente as pesquisas multiculturais.

Ao se trabalhar com outra cultura, deve-se levar em consideração alguns aspectos:

- Os conceitos devem ser compatíveis e a questão deve ser relevante para o indivíduo;
- O conceito familiar de enfrentamento deve ser comprehensível para a comunidade;

- O estudo tem que ter finalidades práticas, levando-se em conta o ambiente cultural e físico;
- A tradução deve ser feita de maneira inteligível e, mais ainda, compreensível.

Destaca-se a importância da conscientização de cada indivíduo, por meio de processos educativos, da necessidade de serem capazes de gerenciar seu estilo de vida, tornando-o mais saudável, feliz e produtivo, independentemente do meio em que vive ou atua, sendo de cada um a responsabilidade pela manutenção de sua própria saúde e bem-estar.

O indivíduo que mantém uma boa QV (em todos os aspectos acima relacionados) apresentará provavelmente: uma maior resistência ao estresse, maior estabilidade emocional, motivação e eficiência no trabalho, melhor auto-imagem, relacionamento e consequentemente melhor saúde física e mental.

As dificuldades relativas à avaliação da QV talvez limitem a sua inclusão na prática clínica, em grande parte devido à ausência de informação das equipes de saúde sobre as diferentes possibilidades hoje existentes para a investigação desta.

4.4 QV E FATORES SOCIAIS

A QV recebe a influência de fatores como emprego, moradia, o acesso a serviços públicos, comunicações, urbanização, criminalidade, poluição ambiental e outros, que formam o entorno social e que influem no desenvolvimento humano de uma comunidade (VELARDE, 2002).

Segundo Hernández (2002) não são muitos os textos que apresentam uma visão integrada e coerente desta interdisciplina, mesmo que suas diferentes áreas de pesquisa, possam ser identificadas com precisão, e.g.: 1) aspectos psicossociais da dor bucofacial, 2) aspectos psicológicos (estresse, depressão e ansiedade) presentes nas patologias periodontais, 3) problemas psicológicos relacionados com a Estética facial, 4) o estresse que sofrem os profissionais da Odontologia, 5) a satisfação no exercício odontológico e Qualidade de Vida, hábitos e estilos de vida em pacientes diagnosticados com câncer bucal, e 6) a dual relação dentista-paciente, entre outras.

Depreende-se da idéia anterior uma lista de problemas específicos no exercício da Odontologia, em cuja resolução Hernández (2002) elenca algumas categorias e construções próprias da Psicologia e das Ciências Sociais:

1. Relação Dentista-Paciente.
2. Relação entre o estresse e a doença periodontal.
3. Periodontite juvenil.
4. Eliminação do bruxismo.
5. Disfunção da articulação temporo-mandibular.
6. Fobia e deserção do paciente do tratamento odontológico.
7. Paciente difícil em Odontologia.
8. Dor e dor crônica bucofacial
9. Problemas psicológicos relacionados com a Estética bucofacial.
10. Desgaste profissional (*burnout*) no Odontologista.
11. Dentição e depressão.
12. Fatores de risco em câncer bucal.
13. Técnicas de conduta para a modificação de atitudes sobre a higiene bucal.
14. Ambiente confortável no consultório e técnicas ergonômicas.
15. Hábitos orais inadequados (sucção do polegar, queilofagia, onicofagia e tabagismo).

4.5 MENSURAÇÃO E INSTRUMENTOS DE QV

Atualmente existem duas formas de mensurar QV: **através de instrumentos genéricos e específicos.** Os instrumentos genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral e de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Assim, permitem comparar a QV de indivíduos saudáveis com doentes ou de portadores de uma doença, vivendo em diferentes

contextos sociais e culturais. São úteis para comparar diferentes populações e sofrimentos, mas têm o risco de ser pouco sensíveis às mudanças clínicas, pelo qual a sua finalidade é meramente descritiva.

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções física e sexual, o sono, a fadiga, etc (DANTAS, 2003). Os instrumentos específicos baseiam-se nas características especiais de um determinado sofrimento, sobretudo para avaliar mudanças físicas e efeitos do tratamento através do tempo. Estes possibilitam uma maior capacidade de discriminação e predição, e são particularmente úteis para ensaios clínicos.

Se a QV for aceita como construto, deve-se então reconhecer que existem formas de quantificá-la. As medidas variam desde aquelas que são objetivas e fáceis como a morte e outras que se baseiam em parâmetros clínicos ou laboratoriais (insuficiência de um órgão, e.g.), até aquelas que se baseiam em juízos subjetivos. De forma semelhante a outros instrumentos que se deseja utilizar na investigação e na prática clínica, as medida em QV devem reunir requisitos metodológicos pré-estabelecidos. Dado que alguns dos componentes da QV não podem ser observados diretamente, estes são avaliados através de questionários que contêm grupos de perguntas.

Cada pergunta representa uma variável que contribui com um peso específico a uma qualificação global, para um fator ou domínio. Em teoria, assume-se que há um valor verdadeiro na QV, o qual se pode medir indiretamente por meio de escalas.

Cada variável mede um conceito que, combinados, conformam uma escala estatisticamente mensurável que se une para formar qualificações de domínios. Se os temas escolhidos são os adequados, o resultado da escala de medição diferirá do valor real da QV por um pequeno erro de medição, e possuirá propriedades estatísticas. Já que se trata de uma experiência subjetiva, espera-se uma considerável variabilidade.

Para Velarde (2002) cada um dos domínios (físico, mental ou social) que conforma o construto de QV pode ser medido em duas dimensões: 1). uma delas formada por uma avaliação objetiva da saúde funcional, e a outra 2). por uma percepção subjetiva da saúde.

4.6 O QUESTIONÁRIO SF-36

Dado que a principal medida utilizada neste estudo foi o SF-36, o *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (ANEXO 2), optou-se por abordá-lo mais detalhadamente nesta seção, e não na seção relativa a instrumentos, na qual serão contemplados aspectos mais descriptivos.

O Questionário SF-36 é uma medida genérica e um exame de saúde de múltiplo propósito que contém 36 perguntas em formas de *Likert*. Possibilita a identificação de um perfil de oito escalas de contagens funcionais da saúde e de bem-estar e a QV pode ser acessada através de dois componentes principais: o físico e o mental, através de oito domínios (FIGURA 1).

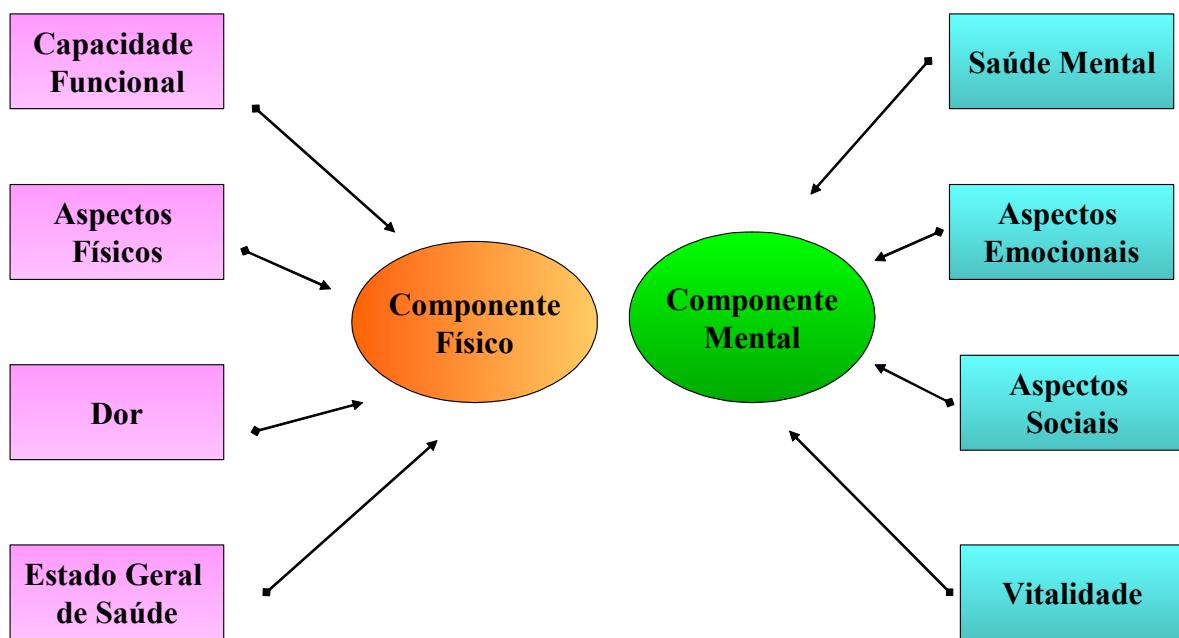


Figura 1 – Domínios e componentes do SF-36

O **componente físico** é composto por quatro domínios, descritos a seguir:

- 1. Capacidade funcional (dez itens)** – esta escala foi adaptada sem modificações da escala de função física dos estudos de avaliação de saúde (MOS); avalia tanto a presença como a extensão das limitações relacionadas à capacidade física, contendo três níveis de respostas (muita limitação, pouca limitação ou sem limitação);
- 2. Aspectos físicos (quatro itens)** – baseados na escala do SF-20, avaliam limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, e como estas dificultam a realização do trabalho e atividades diárias;
- 3. Dor (dois itens)** – um destes é baseado na questão do SF-20 sobre a intensidade da dor, e o outro item foi elaborado com a finalidade de medir sua extensão ou interferência nas atividades de vida diária do paciente;
- 4. Estado geral de saúde (cinco itens)** – reproduzidos do questionário “General Health Rating Index” (GHRI), avalia como o paciente se sente em relação à saúde global (<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>).
- 5. Vitalidade (quatro itens)** – os quais consideram tanto o nível de energia, como o de fadiga. Foram derivadas do questionário de avaliação de saúde mental, “Mental Health Inventory” (MHI);
- 6. Aspectos sociais (dois itens)** – esta tenta analisar a integração do indivíduo em atividades sociais;
- 7. Aspectos emocionais (três itens)** – baseados na escala SF- 20;
- 8. Saúde mental (cinco itens)** – escolhidos do questionário de avaliação de saúde mental de 38 itens (MHI-38), e tentam avaliar dimensões de avaliação de saúde mental, como: ansiedade, depressão, alterações do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico; 1 (uma) questão de avaliação comparativa - entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás.

O SF-36 *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Helath Survey* teve, em sua formação inicial, 149 itens, os quais foram desenvolvidos e testados em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study – MOS) por Ware e Sherbourne (1992 *apud* CICONELLI, 1997).

Os seus oito conceitos da saúde foram selecionados de 40, incluídos no *Medical Outcomes Ressearch* (MOS) (STEWART; WARE, 1992). Os escolhidos representam os conceitos mais freqüentemente medidos em exames, vastamente usados em pesquisas de saúde e naqueles da saúde mais afetados pela doença e pelo tratamento (WARE *et al.*, 1993; WARE, 1995).

Há diversos trabalhos de tradução, adaptação e validação deste instrumento para uso em outros países, tais como, os de Sullivan, Karlsson e Ware (1995) para a população sueca; Perneger, Leplege, Etter e Rougemont (1995) para a língua francesa e Bullinger (1995) para a língua alemã (CICONELLI, 1997).

O SF-36 teve sua validação para uso no Brasil realizada em 1997, por Ciconelli em tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Medicina. A validação do SF-36 foi obtida através da relação com outros parâmetros clínicos comumente utilizados na avaliação de pacientes com artrite reumatóide, e.g.,: rigidez matinal, escala numérica de dor, classe funcional, avaliação global da atividade de doença pelo paciente e pelo médico, contagem de articulações dolorosas e inflamadas (CICONELLI, 1997; CICONELLI *et al.*, 1999). Esta validação será a utilizada na presente investigação.

A autora ainda relata que a criação deste instrumento foi baseada numa revisão de diversos instrumentos já existentes na literatura nos últimos 20 anos, que avaliaram alterações e limitações em várias dimensões como capacidade funcional, aspectos sociais (DONALD; WARE, 1984), saúde mental (VEIT; WARE, 1983) e percepção geral de saúde.

O SF-36 já foi utilizado em quase 4.000 publicações. A mais completa informação sobre a história e o desenvolvimento do mesmo, sua avaliação psicométrica, estudos da confiabilidade e de validez, e os dados normativos está disponível nos primeiros de três manuais de usuário SF-36 (WARE *et al.*, 1993).

Um segundo manual documenta o desenvolvimento e a validação das medidas dos componentes físicas e mentais de SF-36 e apresenta normas para tais medidas (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994; WARE *et al.*, 2000). Mais recentemente, o SF-36 foi julgado como instrumento de ampla avaliação genérica do paciente estimando o resultado de pesquisas de saúde em um estudo bibliográfico do crescimento de medidas de QV publicadas no jornal médico britânico (GARRATT *et al.*, 2002).

O SF-36 mostrou-se útil no exame de populações gerais e específicas, comparando a quantidade relativa das doenças e diferenciando os benefícios de saúde produzidos por uma ampla gama de tipos de tratamento. Para Turner-Bowker *et al* (2002) a utilidade do SF-36 em estimar o impacto da doença e comparar doenças-específicas com as normas da população geral é demonstrada em vários artigos, que descrevem mais de 200 doenças e suas condições.

III – A PESQUISA

1 O CAMPO DE INVESTIGAÇÕES

A pesquisa realizou-se junto à Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas do Dionísio, município de Jaraguari/MS (ANEXO 5) estado de Mato Grosso do Sul (ANEXO 4), região Centro-Oeste do Brasil (ANEXO 3).

O estado de Mato Grosso do Sul possui uma população de 2.075.275 (IBGE, 2000). Já o município de Jaraguari teve sua população estimada em 2004 de 5.847 habitantes (IBGE, 2000) sendo parte destes moradores de zonas rurais.

As terras da comunidade de Furnas do Dionísio são cortadas pelo rio Lageadinho, em cuja margem direita encontram-se os Abadios, a Igreja Católica, o posto telefônico e o centro comunitário. Na margem esquerda estão os demais descendentes, as escolas, a cooperativa de produtores e a Igreja Evangélica (OLIVEIRA, 2002).

A comunidade pode ser considerada como isolada, sendo parte disto devido a seu difícil acesso, sendo que a vida de seus moradores não mudou desde a sua formação. Devido ao seu isolamento, a comunidade é marcadamente composta por membros de uma mesma família. A rotina diária de homens e mulheres consiste basicamente nos afazeres domésticos e na lida da terra, enquanto que as crianças freqüentam a escola da comunidade. O fornecimento de água é feito por dois poços artesianos, e existem condições mínimas de higiene. O posto de saúde local não possui atendimentos diários, existindo escassez de remédios e de profissionais qualificados (OLIVEIRA, 2003). Maiores dados sobre a Comunidade já foram explicitados no capítulo I.

2 HIPÓTESES

- A instalação de PPRT interfere positivamente na QV dos participantes de ambos os sexos da amostra.
- Existem diferenças para homens e mulheres quanto à QV.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar se as modificações na Estética bucal, através da instalação de Prótese Parcial Removível Temporária – PPRT podem repercutir na Qualidade de Vida de um grupo de moradores da Comunidade de Furnas de Dionísio/MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra pesquisada do ponto de vista sócio-demográfico.
- Analisar as inter-relações existentes entre algumas características sócio-demográficas e os domínios do SF-36 nesta população.
- Caracterizar a QV da amostra antes e após a instalação da prótese.
- Identificar quais os domínios do SF-36 que apresentam e os que não apresentam uma boa performance de QV em uma amostra de moradores da comunidade de Furnas de Dionísio/MS.
- Verificar qual o sexo com melhor e pior índice em QV, antes e depois da instalação de PPRT.
- Verificar as possíveis correlações entre os oito domínios do SF-36.

IV - CASUÍSTICA E MÉTODO

1 PARTICIPANTES

A Comunidade de Furnas de Dionísio é composta de 78 famílias, com aproximadamente 400 moradores. Destes, foram pesquisados inicialmente 32 sujeitos, sendo 18 do sexo masculino e 14 do sexo feminino.

Dos 32 sujeitos pesquisados, um participante do sexo masculino, após instalação da prótese, deixou-a ser mordida por um cachorro, sendo a mesma inutilizada. Este fato fez com que a amostra final estivesse composta por n=31 participantes, sendo 17 do sexo masculino e 14 do feminino.

Foram adotados critérios de inclusão e exclusão para participação no presente estudo, descritos a seguir:

- **Critérios de inclusão:** 1) ausência de no mínimo um dente incisivo superior; 2) idade superior a 16 anos e inferior a 65 anos; 3) ser negro (a); 4) pertencente à comunidade de Furnas de Dionísio/MS e 5), de ambos os sexos.
- **Critério de exclusão:** 1) impossibilidade de permanecer com a prótese, inviabilizando as medidas antes e depois.

Todos os sujeitos que demonstraram interesse na utilização de Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT), ou o desejo de possível melhora da Estética bucal participaram da pesquisa e obtiveram o tratamento.

2 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

2.1 HUMANOS

Todas as etapas desta investigação foram realizadas pela pesquisadora, contando-se com a colaboração e trabalho de um protético para a confecção das Próteses Parciais Removíveis Temporárias. Uma diretora da escola municipal da Comunidade, na qual foi realizada a pesquisa, ajudou na divulgação do trabalho e na aplicação do Questionário de

Qualidade de Vida (SF-36), em sua última aplicação, tarefa para a qual foi treinada especificamente.

2.2 MATERIAIS

- **Material odontológico:** espelho clínico para melhor visualização dos dentes dos pacientes; sonda exploradora para detectar possíveis alterações nos dentes; pinça clínica para manusear algodão e/ou gaze utilizados para isolar os dentes da mucosa bucal; moldeira e alginato para realização da moldagem dos arcos dentários; espátula para gesso e grau de borracha para preparação do material inserido na moldeira; gesso especial e gesso pedra para vazamento do molde confeccionado e obtenção dos modelos de trabalho e seu antagonista, sacos plásticos para armazenamento dos modelos e etiquetas marcando os nomes de cada sujeito em seu respectivo modelo de trabalho, e cor dos dentes a ser utilizado na prótese. Para o ajuste da prótese, foram usados resina acrílica (monômero e polímero), um motor e peça reta com suas respectivas brocas para acabamento, polimento e ajustes finais;
- **Espelho** revelando ao paciente sua mudança física;
- **Câmera fotográfica** para obtenção de imagens da face do paciente com leve sorriso com ausência e presença da Prótese Parcial Removível Temporária;
- **Prótese Parcial Removível Temporária (APÊNDICE 4).**

3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

- **Ficha Clínica Odontológica (ANEXO 1).** Foi utilizado o modelo proposto por Genovese (1992). Esta ficha, além do valor clínico dos dados coletado referentes ao sujeito, apresenta uma importância médico-legal e jurídica que, em certos casos, pode ser decisiva. Todos os resultados obtidos na exploração clínica são anotados convenientemente, não só para recordação imediata, como também, para que sirva de ajuda para visitas posteriores, o que permitirá, inclusive, uma orientação terapêutica acertada. A ficha clínica contempla os seguintes aspectos: dados básicos, do qual se obtém do sujeito, sua identidade, o motivo de sua

consulta e a história do motivo da consulta, registrando assim, os principais sintomas relatados pelo paciente. Há também a história odontoestomatológica, revelando ao clínico as experiências vividas em consultórios odontológicos; a história médica permitindo a revisão dos órgãos e sistemas. Seguem-se os antecedentes familiares e os hábitos do paciente. Deve conter ainda a relação dos problemas, sinais e sintomas coletados nos dados básicos; e o plano inicial, com os seguintes elementos: considerações diagnósticas; planos terapêuticos; e notas de evolução (preservação).

- **Questionário Genérico de Qualidade de Vida- SF-36 - *The Medical Outcome Survey 36 Item Short-form Study.*** (ANEXO 2). Composto de 36 questões, dois componentes: mental e físico e oito domínios . Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (WARE, GANDEK, IQOLA Project Group, 1994 *apud* CICONELLI, 1997). Para avaliação de seus resultados, após sua aplicação, cada questão será transformada em escores de zero a 100, obtidos a partir de uma relação de quesitos concernentes a vários aspectos da QV. O escore 100 indica a melhor expressão de QV possível, enquanto que o escore zero indica a pior. O capítulo 3 descreve em detalhes o SF-36.

4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Para a viabilização deste estudo, foram seguidos todos os preceitos preconizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) através da Resolução CFP 016/2000 de 20/12/2000, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) através da Resolução CFO-42, de 20/05/ 2003), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estabelecidos na Resolução 196/96, tratando-se de investigação não invasiva e que não envolveu qualquer tipo de manipulação que pudesse atentar contra a ética.

Este projeto que contempla estudo de caso de validação clínica do tipo antes e após instalação da PPRT, foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.

Após a reunião com o líder da comunidade, visando a apresentação e esclarecimento sobre a pesquisa, aceite e assinatura deste (APÊNDICE 1) para a realização da mesma na comunidade de Furnas de Dionísio, procedeu-se ao convite para a comunidade.

Este convite foi feito através de um comunicado deixado na Escola Municipal da Comunidade, a qual tem um grande fluxo de moradores. Através da colaboração da diretora e também auxiliares da escola, foi comunicado que a partir do dia 02/02/05, a pesquisadora e seu protético estariam na comunidade todos os sábados que se seguissem, no horário das 14:00 h, até que se conseguisse atender a todos que desejassem a instalação da prótese e que atendessem aos critérios de inclusão da investigação.

Na primeira ida a campo, observou-se um grande número de interessados que obedeciam aos critérios de inclusão e também muitos interessados em outros atendimentos odontológicos, ou mesmo curiosos. Após uma explicação do trabalho que seria realizado, permaneceram somente os participantes que preenchiam os requisitos.

Com o aceite para fazerem parte deste estudo, os moradores da comunidade de Furnas de Dionísio/MS assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2). Este termo de Consentimento assegura a responsabilidade ética e científica por esta investigação, como garante aos sujeitos da pesquisa, o sigilo e o anonimato das respostas, evitando identificação e exposição dos mesmos. Cabe destacar que dos 31 participantes, cinco não puderam assinar o TCLE por não serem alfabetizados.

O trabalho de campo (intervenção) propriamente dito, iniciou-se no mês de fevereiro de 2005, sendo realizado em dois grandes etapas, obedecendo aos seguintes passos:

1^a etapa:

1 – Primeira sessão com o participante: Aplicação do questionário SF-36 em sua primeira fase; Anamnese, através da Ficha Clínica Odontológica; Moldagem do arco superior e inferior dos dentes, realizado com alginato. Todos os procedimentos já citados neste primeiro atendimento foram realizados pela pesquisadora. Como o protético estava no local de pesquisa, este já realizava o vazamento do gesso no molde, visando à obtenção do modelo de gesso (modelo de estudo e trabalho), marcação dos nomes dos pacientes e a futura cor dos dentes que seriam usados na prótese e consequente confecção da prótese a ser utilizada pelos participantes da pesquisa;

2 – A segunda sessão também realizada pela pesquisadora tratou da tomada de foto prévia dos pacientes que deram consentimento para tal; instalação da Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT) com seus devidos ajustes e explicações sobre o uso e cuidados para sua conservação e higiene, visando a maior durabilidade e atendimento de suas funções, e segunda tomada de foto para comparação estética.

Esta etapa teve a duração de dois meses, durante oito sábados consecutivos, finalizando-se na primeira semana de abril de 2005.

2^a etapa:

(Um mês após instalação das próteses)

1 – Realizada a reaplicação do Questionário SF-36 para comparação de resultados em relação à aplicação realizada antes da instalação da prótese. Este procedimento foi feito pela pesquisadora e por uma moradora da comunidade de Furnas do Dionísio, trabalhadora da escola na qual se realizou toda a pesquisa, portanto conhecida da maior parte dos habitantes e dos sujeitos pesquisados. Sua ajuda foi imprescindível para a conclusão desta etapa do trabalho, pois muitos participantes já com a prótese instalada, resistiam a voltar para a reaplicação dos instrumentos de pesquisa. Esta etapa foi concluída no mês de maio de 2005.

5 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em planilhas Excel e utilizou-se para as análises estatísticas realizadas, o *software* MINITAB para Windows – versão 14.2.

Foi realizada análise exploratória de dados. Utilizou-se o teste *t de Student* e correlações de *Pearson* para efetuar as análises comparativas.

V - RESULTADOS

Esta seção está dividida em 4 partes:

- 1- Caracterização da amostra
- 2- Análise exploratória dos dados
- 3- Análise comparativa
- 4- Fotos de alguns participantes antes-depois da instalação de PPRT.

1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A seguir, a tabela 1 mostra que, dos 31 sujeitos que participaram do estudo, 17 (54,8%) são do sexo masculino (54,8%) e 14 (45,2%) do feminino; 67,7% são casados e 58% têm mais de 35 anos. Doze sujeitos (38,7%) não apresentam alterações quanto aos dados clínicos. Quanto aos dados odontológicos: um sujeito já utilizou prótese e três têm problemas gengivais ou periodontais, ausência de dentes inferiores, dentes cariados ou fraturados e não usam fio dental.

Tabela 1 – Distribuição de freqüências e porcentagens das variáveis sócio-demográficas

| CARACTERÍSTICA SÓCIO-DEMOGRÁFICA | CATEGORIA | FREQÜÊNCIA (N=31) | % |
|---|---|--------------------------|----------|
| Sexo | Masculino | 17 | 54,8 |
| | Feminino | 14 | 45,2 |
| Idade | De 15 a 20 anos | 1 | 3,2 |
| | De 21 a 25 anos | 3 | 9,7 |
| | De 26 a 30 anos | 4 | 12,9 |
| | De 31 a 35 anos | 5 | 16,1 |
| | De 36 a 40 anos | 4 | 12,9 |
| Estado Civil | De 41 a 45 anos | 7 | 22,6 |
| | De 46 a 50 anos | 1 | 3,2 |
| | De 51 a 55 anos | 4 | 12,9 |
| | Mais de 55 anos | 2 | 6,4 |
| | Solteiro (a) | 10 | 32,3 |
| Dados Clínicos | Casado (a) | 21 | 67,7 |
| | Não há alterações | 12 | 38,7 |
| | Alteração de pressão | 6 | 19,4 |
| | Alteração cardíaca | 0 | 0,0 |
| | Alergias a medicamento | 0 | 0,0 |
| Dados Odontológicos | Ingestão de álcool ou cigarro | 6 | 19,4 |
| | Depressão | 0 | 0,0 |
| | Outros | 1 | 3,2 |
| | Alergias a medicamentos e Ingestão de álcool ou cigarro | 1 | 3,2 |
| | Alteração de pressão e Ingestão de álcool ou cigarro | 1 | 3,2 |
| Dados Odontológicos | Já fez uso de prótese | 1 | 6,2 |
| | Problemas gengivais ou periodontais | 0 | 0,0 |
| | Ausência de dentes inferiores | 0 | 0,0 |
| | Presença de cariados ou fraturados | 0 | 0,0 |
| | Não faz uso de fio dental | 0 | 0,0 |
| | Todas as alternativas, exceto a 1 | 19 | 59,4 |
| | Todas as alternativas | 8 | 25,0 |
| | Problemas gengivais ou periodontais, ausência de dentes inferiores e não faz uso de fio dental. | 3 | 9,4 |

A figura 2 apresenta a distribuição dos participantes da amostra, segundo a faixa etária. A faixa etária que compreende maior número de sujeitos é a de 41 a 45 anos, com sete participantes, seguido de 5 participantes que compreendem a faixa etária dos 31 a 35 anos.

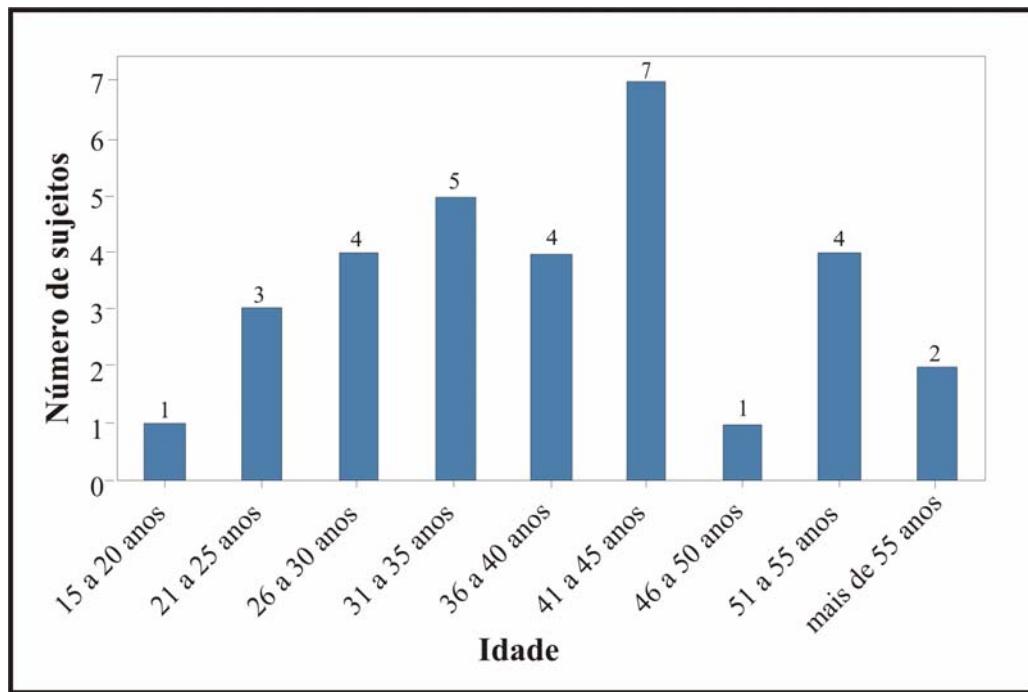


Figura 2 – Distribuição dos participantes segundo a faixa etária

A variação da distribuição entre os sexos foi pequena, sendo 17 homens e 14 mulheres, o que corresponde a 54,8 de homens e 45,2 de mulheres.

A figura 3 mostra a distribuição dos participantes segundo o sexo:

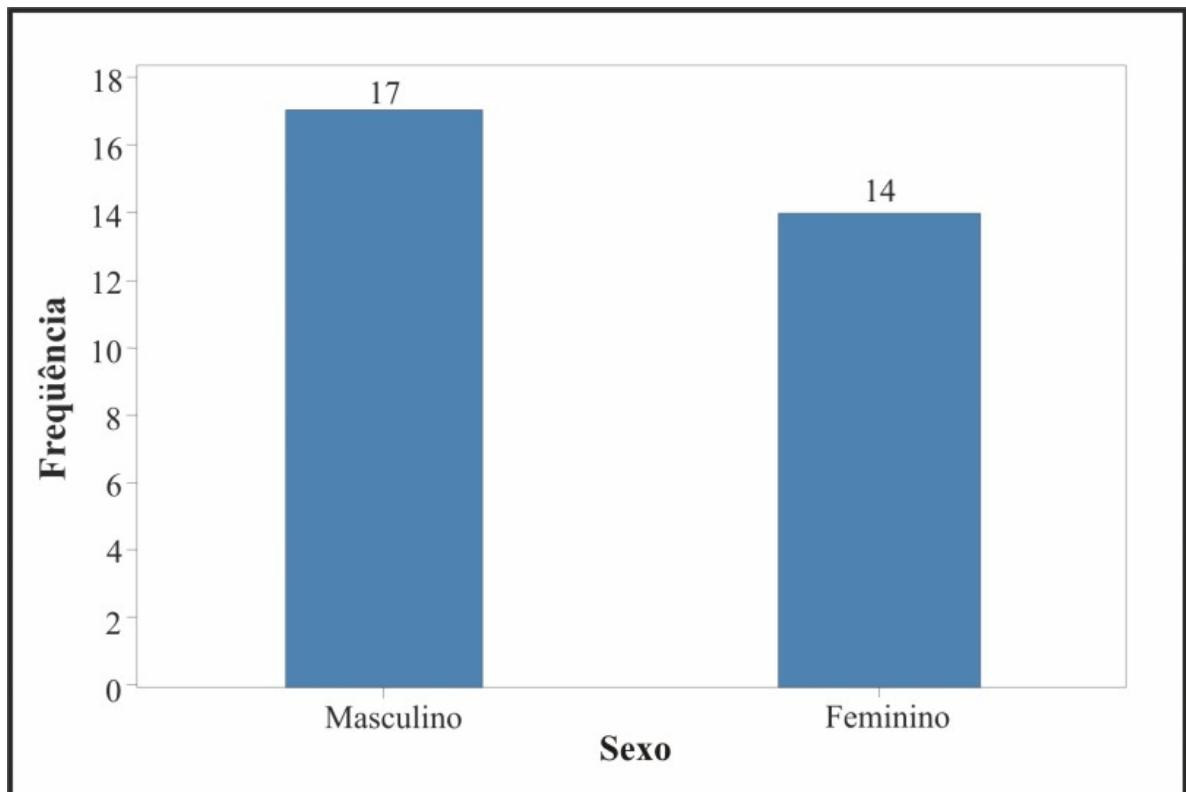


Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o sexo

A figura 4 mostra a distribuição da amostra segundo o estado civil. Pode-se observar que 21 indivíduos (67,7%) são casados e apenas dez indivíduos são solteiros (33,3%).

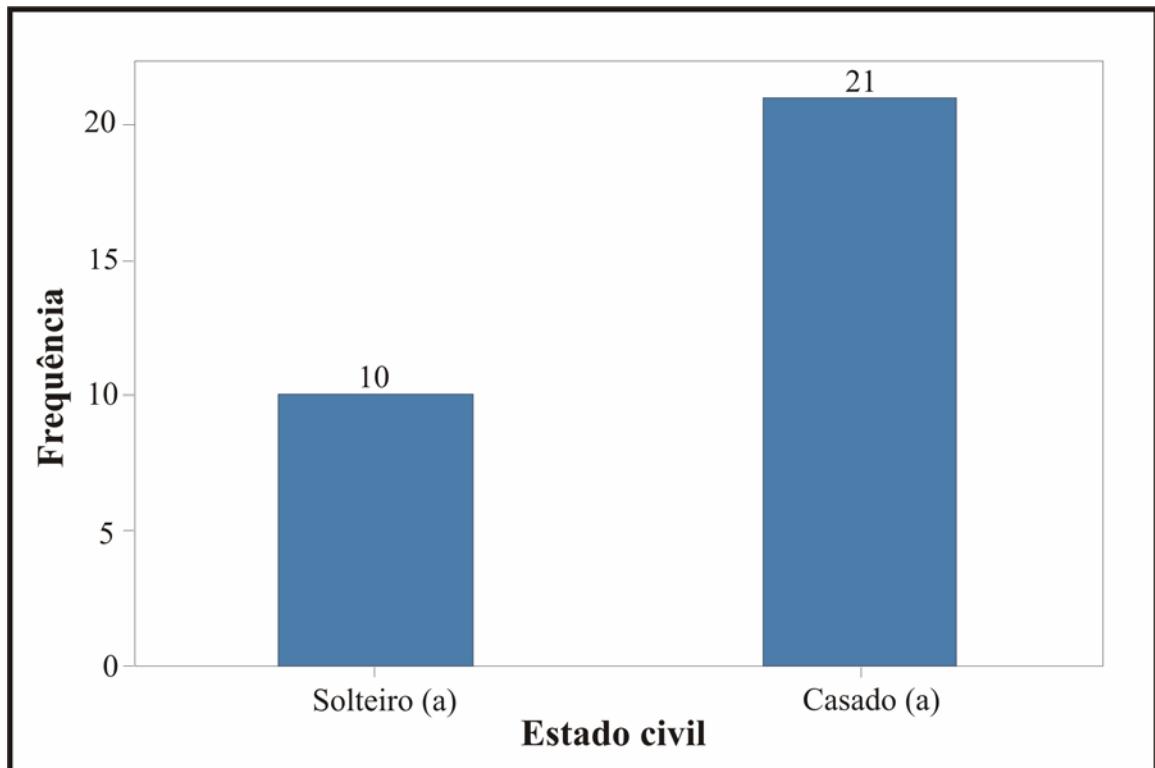


Figura 4 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.

2 – ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

A Tabela 2 compara a média de cada domínio de QV do SF-36 e seu respectivo desvio padrão, antes e o depois da instalação da prótese (PPRT), elencando de forma decrescente os domínios (componentes), segundo classificação de modificações das médias (melhora de performance).

Tabela 2 - Distribuição das médias e desvios-padrão de cada domínio de QV antes e após a introdução da prótese

| Componente | Domínios do SF-36 (QV) | Pré-prótese (n= 31) | Pós-prótese (n=31) | Classif. |
|-------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------|
| | | Média (\pm DP) | Média (\pm DP) | |
| Físico | Capacidade funcional | 83,1 (\pm 15,3) | 85,3 (\pm 19,0) | 80 |
| | Aspecto físico | 58,6 (\pm 35,1) | 75,4 (\pm 26,6) | 10 |
| | Dor | 71,7 (\pm 23,4) | 82,3 (\pm 17,5) | 50 |
| | Estado Geral da saúde | 78,5 (\pm 13,2) | 87,1 (\pm 10,5) | 70 |
| Mental | Vitalidade | 63,4 (\pm 18,3) | 79,2 (\pm 13,5) | 20 |
| | Aspecto social | 81,3 (\pm 22,2) | 90,7 (\pm 14,8) | 60 |
| | Aspecto emocional | 74,3 (\pm 37,3) | 86,0 (\pm 26,9) | 30 |
| | Saúde Mental | 67,3 (\pm 24,0) | 78,9 (\pm 15,5) | 40 |

Todos os domínios apresentaram melhora após a instalação da prótese, como se pode observar abaixo:

Domínios do **componente físico**: observa-se que a maior variação ocorrida foi referente aos **aspectos físicos** de 58,6 para 75,4 (16,8%); no domínio **dor** os valores aumentaram de 71,7 para 82,3 (10,6%) sendo este o segundo fator com maior variação; com relação ao **estado geral**

de saúde os valores variaram de 78,5 para 87,1 (8,6%); a **capacidade funcional** apresentou uma variação de 83,1 para 85,3 (2,2%).

Domínios do **componente mental**: a vitalidade no período pré-prótese era de 63,4 e aumentou para 79,2 (15,8%) quando instalada a prótese; o aspecto emocional variou de 74,3 para 86,0 (11,7%), a saúde mental de 67,3 para 78,9 (11,6%) e o aspecto social aumentou de 81,3 para 90,7 (9,4%).

Segundo a Tabela 2 e a figura 5 percebe-se que, para a maioria dos domínios, com exceção da **capacidade funcional**, obtiveram-se **melhores respostas significativas ($p < 0,05$)** **após** a introdução da prótese indicando uma melhor QV.

A figura 5 mostra graficamente as alterações pré e pós-prótese e todos os domínios de QV avaliados.

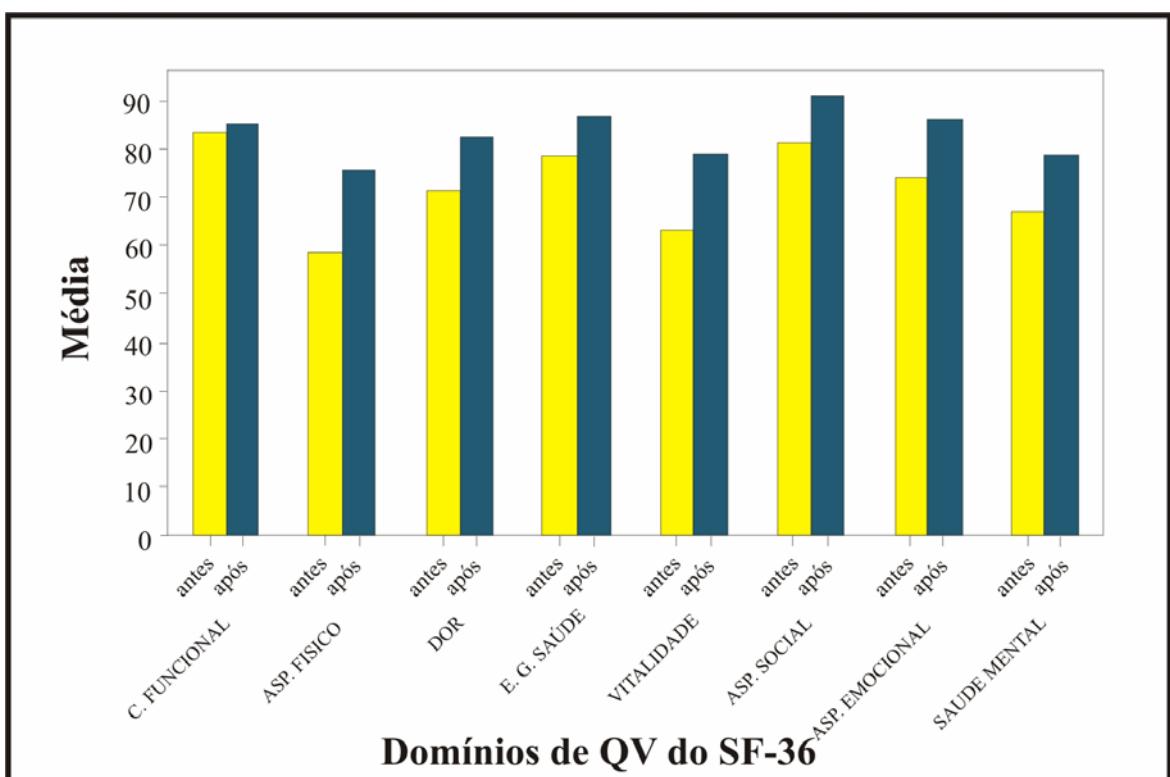


Figura 5 – Distribuição das médias para os domínios de QV do SF -36 antes e após a utilização da prótese.

- A variável dados clínicos, colhidos através de anamnese foi categorizada em dois grupos e não será apresentada em forma de tabelas ou gráficos:

1) Não há alteração

2) Há algum tipo de alteração (alteração de pressão, cardíaca, medicamentosa, ingestão de álcool ou cigarro, depressão ou outros).

Doze sujeitos de 27 não apresentaram alterações nos dados clínicos e os outros 15 referiram algum tipo de alteração. Destes, seis relataram problemas quanto à pressão arterial; seis revelaram ingerir álcool ou cigarros; um afirmou alergia a medicamentos, ingestão de álcool e tabagismo; um referiu alteração de pressão arterial mais ingestão de álcool e cigarros; quatro sujeitos não souberam informar de maneira precisa sobre os dados clínicos (saúde).

A seguir, são comparadas as médias dos domínios avaliados no SF-36 e os aspectos clínicos:

Tabela 3 – Comparaçao de médias e desvios-padrão das respostas antes da introdução de prótese, segundo a variável dados clínicos (com ou sem alteração).

| Domínios | Sem alteração | Com alteração |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| | Média (± DP) | Média (± DP) |
| Capacidade funcional | 89,6 (± 11,8) | 79,4 (± 17,0) |
| Aspecto físico | 70,8 (± 35,1) | 53,1 (± 37,5) |
| Dor | 74,4 (± 26,9) | 71,6 (± 18,2) |
| Estado Geral da saúde | 82,5 (± 12,1) | 76,2 (± 14,5) |
| Vitalidade | 66,2 (± 16,2) | 59,2 (± 19,0) |
| Aspecto social | 86,5 (± 23,5) | 78,1 (± 23,0) |
| Aspecto emocional | 86,1 (± 33,2) | 68,7 (± 43,0) |
| Saúde mental | 69,7 (± 31,3) | 66,1 (± 21,0) |

Os participantes que não apresentam alterações nos dados clínicos também não apresentam problemas em QV (exceção à vitalidade) e aqueles com problemas na vitalidade, apresentam alterações clínicas.

Tabela 4 – Comparaçao de médias e desvios-padrão das respostas após a introdução de prótese, segundo a variável dados clínicos (com ou sem alteração)

| Domínios | Sem alteração | Com alteração |
|-----------------------|----------------------|----------------------|
| | Média (± DP) | Média (± DP) |
| Capacidade funcional | 92,9 (± 9,6) | 79,3 (± 23,9) |
| Aspecto físico | 87,5 (± 16,8) | 66,8 (± 32,2) |
| Dor | 83,8 (± 19,1) | 81,8 (± 16,3) |
| Estado geral da saúde | 90,1 (± 8,0) | 88,6 (± 8,3) |
| Vitalidade | 79,6 (± 16,4) | 78,5 (± 12,2) |
| Aspecto social | 92,7 (± 15,5) | 89,2 (± 14,1) |
| Aspecto emocional | 97,2 (± 9,6) | 75,6 (± 34,4) |
| Saúde mental | 77,0 (± 19,5) | 79,5 (± 14,4) |

Após a introdução da prótese observa-se uma diferença um pouco menor com relação às respostas dos dois grupos.

Aqueles participantes que não apresentam alterações clínicas após a introdução da prótese apresentam melhor performance nos domínios de QV: capacidade funcional, aspecto físico e aspecto emocional. Para os demais domínios, pode-se notar que há uma diferença muito pequena entre as respostas dos sujeitos com e sem alterações nos dados clínicos.

3 – ANÁLISES COMPARATIVAS

Foram encontradas diferenças significativas entre os resultados obtidos antes e após a introdução da prótese nos seguintes domínios: aspecto físico, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental.

Tabela 5 – Média das respostas antes e depois da introdução da prótese e resultados do teste *t de Student* (p-Valor)

| Domínios | N | Antes-Prótese | Depois-Prótese | p-valor |
|-----------------------|----------|----------------------|-----------------------|----------------|
| Capacidade funcional | 30 | 84,3 | 85,3 | 0,696 |
| Aspecto físico | 31 | 60,5 | 75,4 | 0,002* |
| Dor | 31 | 71,3 | 82,3 | 0,001* |
| Estado geral da saúde | 31 | 79,9 | 87,1 | 0,005* |
| Vitalidade | 31 | 63,2 | 79,2 | <0,001* |
| Aspecto social | 31 | 81,4 | 90,7 | 0,003* |
| Aspecto emocional | 31 | 76,7 | 86,0 | 0,079 |
| Saúde mental | 31 | 68,0 | 78,9 | 0,001* |

* nível de confiança de 95%.

As médias dos domínios de QV, após a introdução da prótese, foram superiores às médias antes da introdução da prótese para estes domínios, indicando que a QV dos participantes melhorou após a introdução de Prótese.

Os únicos domínios no qual não parece haver alteração antes e após a introdução da prótese é a capacidade funcional e o aspecto emocional.

Todos os domínios foram correlacionados significativamente entre si, com exceção dos domínios: estado geral da saúde e vitalidade. As maiores correlações observadas foram entre o domínio dor com o aspecto físico e dor com saúde mental.

Tabela 6 – Correlação linear de Pearson entre os domínios estudados.

| Domínios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 1 | 1,000 | | | | | | | |
| 2 | 0,490* | 1,000 | | | | | | |
| 3 | 0,308* | 0,562* | 1,000 | | | | | |
| 4 | 0,335* | 0,516* | 0,329* | 1,000 | | | | |
| 5 | 0,374* | 0,335* | 0,344* | 0,200 | 1,000 | | | |
| 6 | 0,535* | 0,329* | 0,293* | 0,419* | 0,541* | 1,000 | | |
| 7 | 0,526* | 0,413* | 0,289* | 0,296* | 0,417* | 0,533* | 1,000 | |
| 8 | 0,369* | 0,361* | 0,569* | 0,433* | 0,428* | 0,437* | 0,457* | 1,000 |

- nível de confiança de 95%.

Legenda:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1- Capacidade funcional | 5- Vitalidade |
| 2- Aspecto físico | 6-Aspecto social |
| 3- Dor | 7-Aspecto emocional |
| 4- Estado geral da saúde | 8- Saúde mental |

Foram encontradas diferenças significativas entre as médias das respostas do sexo masculino e feminino antes da instalação da Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT) e depois da instalação para os seguintes domínios: **capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental.** As médias das respostas para o sexo masculino foram superiores às médias das respostas do sexo feminino para estes domínios, indicando que a Qualidade de Vida dos homens nestes fatores é melhor que a das mulheres.

Como pode ser visto abaixo, a Tabela 7 apresenta as médias antes e após a instalação da PPRT, segundo o sexo para os domínios de Qualidade de Vida:

Tabela 7 – Distribuição das médias das respostas por sexo e resultados do *teste t de Student* (p-valor)

| Domínio | Masculino | Feminino | p-Valor |
|-----------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Capacidade funcional | 90,7 | 75,7 | <0,001* |
| Aspecto físico | 73,6 | 58,4 | 0,061 |
| Dor | 83,1 | 69,1 | 0,011* |
| Estado geral da saúde | 85,6 | 79,1 | 0,043* |
| Vitalidade | 77,9 | 62,8 | 0,001* |
| Aspecto social | 93,2 | 76,8 | 0,001* |
| Aspecto emocional | 86,0 | 72,6 | 0,124 |
| Saúde mental | 81,2 | 62,7 | 0,001* |

* nível de confiança de 95%.

A seguir, as figuras (6a, 6b, 7a, 7b, 8a e 8b) mostram alguns participantes antes e depois da instalação da PPRT. Outras fotos evidenciando os resultados obtidos após a PPRT são mostradas no Apêndice 3.

ANTES

Figura 6a - Participante 1

DEPOIS

Figura 6b - Participante 1



Figura 7a - Participante 2



Figura 7b - Participante 2



Figura 8a - Participante 3



Figura 8b - Participante 3

VI – DISCUSSÃO

Através da realização deste estudo de caso de validação clínica antes-depois de intervenção, avaliou-se a influência da implantação de Prótese Parcial Removível Temporária (PPRT) superior, na Qualidade de Vida (QV) de uma amostra de 31 moradores (17M; 14F) da Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas de Dionísio/MS e sua relação com dados sócio-demográficos e aspectos clínicos.

A amostra de estudo foi voluntária e a distribuição de sexo ao acaso foi proporcional, com uma pequena variação maior para o sexo masculino. Esta pequena variação possivelmente pode ser explicada, pelo fato de algumas moradoras, principalmente as mais idosas, parecerem estar conformadas e ou adaptadas com a ausência dentária e colocaram algumas dificuldades para sua participação no estudo, e.g., acesso ao local dos procedimentos (escola), cuidado com filhos, netos, entre outros.

Cabe ressaltar que em algumas situações, a pesquisadora teve que se deslocar até a residência para efetivação da proposta. É possível que, para essas mulheres, restabelecer a Estética bucal não interfira em sua auto-estima, contato interpessoal e estilo de vida. Diferentemente, os homens mostraram-se disponíveis e motivados para a realização da proposta, não colocando qualquer tipo de empecilho quanto à sua participação.

A maior parte dos participantes era composta de pessoas acima dos 35 anos, portanto, pessoas adultas em fase produtiva. Pode-se supor que a ausência de dentes, provavelmente, traga repercussões negativas junto às áreas pessoal, profissional, social, entre outras e consequentemente, na QV.

O achado acima confirma dados da literatura apresentados por Hungerford (2000) que apontam para o fato de que, no adulto, as preocupações com a boca refletem experiências evolutivas passadas, presentes e futuras e que na segunda década de vida, o indivíduo pode ainda não ter desenvolvido o senso da importância do tempo sobre o ciclo da vida e a falta de cuidado bucal pode refletir uma negação da mortalidade (sensação de eternidade) e da degeneração natural do corpo; posteriormente o indivíduo entende que está envelhecendo, e passa a buscar formas de se autopreservar. Esse interesse pode levar a pessoa a procurar diferentes especialidades médicas e odontológicas, relacionadas ao restabelecimento da Estética, como a ortodontia, a cirurgia restauradora cosmética, a cirurgia plástica e combinações entre elas. O mesmo autor conclui dizendo que os indivíduos na faixa dos 35 a 40 anos de idade vêm buscando ativamente formas de melhorar a aparência dentária, pois permanecem produtivos em um mercado de trabalho bastante competitivo.

A maioria dos participantes desta investigação é casada (67,7%). Cabe referir que indivíduos que vivem em comunidades mais isoladas, parecem apresentar uma tendência a casar mais jovens que os da sociedade nacional envolvente e com pessoas da própria comunidade.

Quanto à QV, o domínio capacidade funcional que avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física, apresentou melhora, mas não estatisticamente significativa comparando-se à fase pré e pós-prótese ($p= 0,696$). Cabe ressaltar que o que afeta uma parte do sistema acabará afetando de algum modo, direta ou indiretamente, as outras. As alterações na forma e função dos dentes, músculos, articulações, ossos ou ligamentos estão inter-relacionadas (COSTA; CASTRO, 2003). Assim sendo, pode-se dizer que a ausência de um ou mais elementos dentários acarreta possivelmente uma diminuição dos níveis de energia do indivíduo. Lima (2002) revela que o estado psicológico e o físico não são independentes, um influencia diretamente ao outro.

Cabe acrescentar que a perda de dentes pode, mas não necessariamente, levar a evitação de determinados alimentos ou a ingestão reduzida de nutrientes (limitação funcional) e pode ser resultante de estresse emocional, privação social ou profissional (LELES; FREIRE, 2004). A ausência de um órgão do organismo pode, mas não necessariamente, levar a uma limitação física. Neste caso, não ter havido uma melhora significativa em relação à capacidade funcional, após a implantação da PPRT, demonstra que a amostra estudada não apresentou comprometimento quanto a sua capacidade física, em presença e extensão.

No domínio “aspectos físicos” são avaliadas as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, e como essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades diárias. Este domínio foi o que apresentou maior nível de mudança, após a colocação da PPRT ($p=0,002$). O comprometimento dos dentes pode levar as pessoas a recorrerem a meios sutis e explícitos para esconder a boca, o que afeta aspectos relacionais e o estilo de vida (HUNGERFORD, 2000). A depreciação, que atinge até mesmos os aspectos intelectual e psicológico, diminui a auto-estima e interfere na inserção da pessoa no mercado de trabalho, notadamente em ocupações consideradas de exposição ao público, como é o caso de governantes, recepcionistas, vendedores, etc. (STICKER *et al.*, 1979; JENNY; POTSHECK, 1986; LICHTER *et al.*, 1999; LUZ; VALENÇA, 2000; SUNADA *et al.*, 2001; MORI; CARDOZO 2002 *apud* MORI, 2003).

Segundo Prado (s/d), um estudo realizado na Austrália e no Reino Unido mostrou que a falta de dentes está intimamente ligada à percepção da Qualidade de Vida, ocasionando até

mesmo alterações de humor. O autor refere que entrevistas com sete mil pessoas evidenciaram que a Qualidade de Vida era melhor naqueles participantes que possuíam mais de 25 dentes e pior nos que tinham 21 dentes ou menos.

O domínio dor, que mede sua intensidade, extensão e interferência nas atividades de vida diária, foi o 2º (componente físico) e o 5º nos dois componentes (físico e mental), que mostrou maior variação ($p \leq 0,001$).

Cabe referir que a instalação de uma prótese e sua adaptação torna-se mais fácil quando supre duas necessidades estéticas básicas: 1) representação de uma norma fisiológica (melhora dos níveis de dor) e 2) melhoria real na harmonia do sorriso e das expressões faciais, com consequente aumento na auto-estima e aspecto emocional (SEGER, 1992).

Nesta direção, Mori e Cardozo (2002) afirmam que a maioria dos pacientes procura o tratamento dentário em função da dor, seja ela originada por cárie, fratura da prótese ou problema periodontal, entre outros. Por outro lado, Conny *et al.* (1985 *apud* MORI 2003) acrescentam que o fator estético é preponderante para a busca do tratamento dentário, seguido pela dor e pela incapacidade de mastigação.

Estes últimos autores referem que, na busca de um tratamento protético, os fatores mais importantes são: a aparência, a incapacidade de mastigar, a dor e o comprometimento da fala. Os achados obtidos no presente estudo, portanto, corroboram a literatura, que refere que uma melhora estética é capaz de aliviar sintomas de dor, melhorando assim os níveis de saúde e bem-estar geral.

Ware (1993) acrescenta que a dor é um componente físico, mas tem uma ligação com o emocional, pois interfere diretamente nas atividades de vida diária e no humor das pessoas.

Quanto ao estado geral de saúde que avalia como o paciente se sente em relação à sua saúde global, pode-se dizer que melhorou significativamente, após a instalação da prótese, coincidindo com estudos anteriormente realizados ($p \leq 0,005$). Neste sentido, Manso (1998) afirma que a instalação da PPR é de extrema importância, não só pela questão odontológica, mas para a saúde global, tendo uma repercussão maior do que a substituição dos elementos dentários perdidos, englobando, portanto, aspectos que foram desequilibrados ou perdidos juntamente com a ausência dos dentes. Para o autor, fazem parte deste contexto os seguintes aspectos: psicológico, fisiológico, social e a estética do paciente, todos com igual importância para um completo bem-estar relacionado à saúde física e emocional.

O domínio vitalidade (parte do componente mental) que abarca o nível de energia e de fadiga do participante foi o segundo a apresentar maior mudança após a instalação da PPRT ($p \leq 0,001$). Warner e Segall (1980) referem que a ausência dentária atinge igualmente os aspectos biológicos, psicológicos e sociais e, por consequência, a vitalidade. Os autores afirmam ainda que, os cirurgiões dentistas reconhecem que os pacientes de todas as idades sentem a perda de vigor, de beleza e de atração com a perda dos dentes. Portanto, os achados desta investigação corroboram dados da literatura.

Os participantes deste estudo, após a instalação da prótese, apresentaram melhora significativa no domínio aspectos sociais, que contempla a integração do indivíduo em atividades sociais ($p \leq 0,003$). Jacobson (1984) declara que as pessoas belas são mais bem aceitas pelo outro, principalmente no primeiro contato, o que lhes facilita a interação social.

Para Vieira (2004), a associação entre a beleza e a aceitação inicia-se com as histórias infantis, onde as princesas sempre são belas e as bruxas são sempre feias. Para o autor, toda a vida de relacionamentos, incluindo a sexualidade, a educação e o trabalho, é fortemente marcada por esses conceitos, que fazem parte do imaginário infantil. Em concordância, Dion *et al.* (1972 *apud* Mori, 2003) afirmam que: “O que é belo é bom” e que as pessoas cuja aparência não é tão agradável, sofrem problemas no convívio social, pois têm dificuldade de se relacionar com colegas, e são menos valorizadas profissionalmente. Essa depreciação, segundo Cardozo (1993), atinge até mesmo os aspectos intelectual e psicológico, diminuindo a auto-estima.

Nesta direção, Bonachela e Telles (1998) referem que os pacientes passam a assumir a necessidade de terem um sorriso harmonioso, como pré-requisito ao bom convívio social e consequente ascensão profissional, ressaltando em seu planejamento protético a importância do enquadramento dos indivíduos, dentro dos padrões estéticos do seu contexto social.

Mori (2003) também verificou a importância da Estética dentária em diferentes áreas da vida cotidiana, apontando que a Estética é importante para os pacientes nas seguintes circunstâncias e ordem: 1)- escolha de namorado (a) ou parceiro (a) (45,3%); 2)- seleção de funcionários (26%) e 3)- escolha de amigos (14,7%).

O domínio aspecto emocional que avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do indivíduo também obteve melhorias (3º no ranking geral) após a colocação da PPRT ($p \leq 0,079$). Rufenacht (1998) diz que a modificação de uma deformidade dentofacial com o uso de prótese, devolvendo ao paciente uma aparência bela, ou, esteticamente mais harmoniosa, faz

com que ocorra uma melhora em seu aspecto emocional, havendo assim benefícios psicológicos. O autor acrescenta que o tratamento estético é importante para o bem-estar e para a saúde plena das pessoas, pois, por trazer alterações na aparência, influencia os aspectos psicológicos do paciente, auxiliando-o no aumento de sua auto-estima e autoconfiança.

Cabe acrescentar que para Hungerford (2000), o primeiro e principal efeito psicológico da deformidade dentofacial é o sentimento de inferioridade, sendo esta, uma condição emocional complexa e dolorosa, caracterizada por sensações de incompetência, inadequação e “depressão” em vários aspectos. O mesmo autor relata ainda que, a ausência de dentes implica na modificação do aspecto dentofacial e causa desequilíbrio na harmonia facial, podendo originar diversos outros sentimentos: de vergonha a ansiedade aguda, entre outros. Nesta mesma direção, a Saúde Mental, que inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no controle emocional e bem-estar psicológico, apresentou melhora significativa após a introdução da PPRT ($p \leq 0,001$).

Os dados acima expostos permitem constatar a melhoria geral da QV dos participantes após a implantação da PPRT. É possível que esta mudança seja devida a vários fatores e que, entre eles, estejam os fatores apontados por Pinto e Pegoraro-Krook (2003) quando da avaliação da efetividade do tratamento da disfunção velofaríngea com prótese de palato que mostram: (1) a estética com a prótese foi satisfatória para a maioria dos pacientes (97,9%); (2) a Qualidade de Vida da maioria dos pacientes melhorou com a prótese (85,4%); (3) a maioria relatou melhora da fala com a prótese (85,4%); (4) a maioria dos pacientes preferiu se alimentar usando a prótese (81,2%); (5) a maior parte dos pacientes (79,2%) sentiu-se confortável em usar a prótese; (6) a prótese ficou estável para a maioria dos pacientes, na alimentação (75%).

Os participantes que não relataram alterações clínicas (como alteração de pressão, diabetes, alergia ou outros sintomas relatados) apresentaram melhor performance em todos os domínios de QV analisados. Os domínios mais afetados naqueles participantes que referem alterações clínicas antes da PPRT foram: capacidade funcional, aspecto físico e aspecto emocional e o domínio vitalidade foi o que apresentou menor alteração. Após a instalação da PPRT, esta diferença diminui, porém os índices obtidos continuam a apontar uma melhor QV para os participantes que não referem alterações clínicas.

Os dados obtidos nesta investigação estão em concordância com as referências teórico-conceituais do campo de estudos denominado Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

(QVRS), definida como a “capacidade absoluta para a realização de tarefas”. Lima (2002) afirma que este modelo assume que a saúde é a variável que mais influencia a QV.

De fato, Xavier *et al.* (2001) referem que a QVRS depende, em parte, de variáveis objetivas, como o grau de avanço de uma determinada doença, mas depende em parte, também, da interpretação subjetiva que o sujeito faz dessa doença ou disfunção. Assim, entende-se por que para um mesmo grau de disfunção física objetiva, correspondem níveis diferentes de QVRS.

Todos os domínios de QV do instrumento SF-36 estiveram correlacionados, com exceção do estado geral de saúde com vitalidade. O domínio dor esteve altamente correlacionado ao aspecto físico e à saúde mental, e o domínio vitalidade, ao aspecto social. Referindo-se sobre a correlação entre dor e aspecto físico e dor e saúde mental, o relatório do Congresso Internacional de Odontologia (2005) aponta que a dor é uma experiência sensória, emocional, desagradável, descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais, é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiência.

Neste sentido, Camparis e Cardoso Jr. (2002) colocam que há um aspecto afetivo na percepção da dor, e esta depende do significado atribuído à mera sensação dolorosa e do contexto psicológico no qual ela ocorre. Os autores acrescentam que um estímulo que produz uma sensação dolorosa, provoca simultaneamente sensações fisiológicas, cognitivas e emocionais, que para cada indivíduo têm um valor diferente. Assim sendo, as emoções do paciente ante a sensação de dor, tais como ansiedade, medo e depressão, decorrem da própria dor e também de outros aspectos do paciente (expectativas, desejos e experiências) e do contexto psicológico no qual a dor é experimentada. Todas as dores sejam elas somáticas ou neuropáticas são influenciadas por fatores psicológicos.

Moraes (1991) acrescenta que a dor é influenciada decisivamente por fatores sociais, psicológicos e situacionais e que esses fatores modificam a percepção da aversividade da dor, de maneira que a dor produzida por um estímulo constante, não é sempre percebida como constante. Okeson (1998 *apud* CAMPARIS; CARDOSO JR., 2002) ressalta também que a percepção da dor está na dependência do medo, ansiedade, atenção concentrada no problema, na falsa interpretação da doença e na dor de origem desconhecida.

Frente à alta correlação encontrada neste estudo entre o domínio vitalidade e o aspecto social, Barrios (1999 *apud* PIETRUKOWICZ, 2001) relata que: o convívio social exerce um importante papel na manutenção da saúde, na prevenção das doenças e na própria

convalescência, dado que repercute de forma direta e indireta no sistema imunológico, proporcionando um aumento na capacidade das pessoas de manejarem situações de estresse e seus sintomas. Assim sendo, o desequilíbrio emocional é um fator que pode contribuir para a ocorrência de doenças. Cabe acrescentar também que estas alterações podem levar a um baixo nível de energia e fadiga.

Ainda segundo o mesmo autor, alguns estudos têm demonstrado a influência dos estados emocionais em alterações do sistema imunológico, o que pode possibilitar manifestações de enfermidades. Valla (1998 *apud* PIETRUKOWICZ, 2001) acrescentam que um envolvimento comunitário, e.g., pode ser um fator significativo para o aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas. Desta maneira poderia se pensar na participação social como benéfica ao sistema de defesa do corpo e na diminuição da suscetibilidade à doença.

Foram encontradas diferenças de gênero quanto à performance apresentada nos domínios de QV do SF-36, com resultados superiores, portanto melhores, para o masculino, em concordância com dados da literatura (ROBERTS *et al.*, 1999; STEWART BROWN *et al.*, 2000; SUNDQUIST; JOHANSSON, 1999).

Segundo Pena *et al.* (2005), o conceito de gênero é uma construção sociológica relativamente recente, respondendo à necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamentos femininos e masculinos, tradução esta demarcada pelas relações de poder entre homens e mulheres vigentes na sociedade.

A diferença de gênero encontrada neste estudo, com relação à performance na QV foi estatisticamente significativa, com relação à saúde mental ($p \leq 0,001$), aspecto social ($p \leq 0,001$), aspecto físico ($p \leq 0,061$), vitalidade ($p \leq 0,001$) e capacidade funcional ($p \leq 0,001$).

Para Pena *et al.* (2005), embora biologicamente fundamentado, gênero é uma categoria relacional que aponta papéis e relações socialmente construídas entre homens e mulheres. Tornar-se mulher, mas tornar-se homem também, são processos de aprendizado oriundos de padrões sociais estabelecidos que são reforçados por normas, mas também por coerção, e modificados ao longo do tempo, refletindo as mudanças na estrutura normativa e de poder dos sistemas sociais.

Para os autores, gênero refere-se a aspectos da vida social que são vivenciados diferentemente porque homens e mulheres têm papéis diferentes que lhes são designados e que

resultam nas seguintes constatações: homens e mulheres manifestam preferências, interesses e prioridades diferentes; desigualdades e diferenças baseiam-se em ser masculino ou feminino; homens e mulheres enfrentam oportunidades, obstáculos e desafios diferentes; homens e mulheres são afetados diferentemente e contribuem de modo diferente para o desenvolvimento social e econômico.

Nesta direção, dados da literatura, apontam uma maior prevalência de Transtornos Mentais Menores (TTM) em mulheres (ARAYA; WYNN; LEWIS, 1992). Coutinho (1995) justifica esta maior ocorrência, a partir de algumas condições: a determinação social (baseada na teoria dos eventos estressantes de vida), o apoio social e a teoria dos papéis sociais.

Nas últimas décadas do século passado, as mulheres brasileiras alcançaram melhorias expressivas em sua condição de vida, com uma significativa diminuição de vários indicadores que medem a desigualdade de gênero e significativos ganhos em seus direitos (PENA *et al*, 2005). No entanto, persistem muitos desafios, sobretudo para mulheres similares às da amostra aqui estudada, pertencentes a uma minoria absolutamente desfavorecida em nosso país: negras, de população rural e com baixa renda. Estes dados remetem à importância da equidade de gênero, que não é apenas um direito humano fundamental de valorização da vida e do espaço social, mas de uma condição para o desenvolvimento e a eliminação da pobreza.

Os avanços constitucionais, assegurando maior igualdade entre homens e mulheres nos campos da família, do trabalho e dos direitos sociais, assim como transformações culturais que têm levado a uma demarcação menos diferenciada entre o masculino e o feminino, têm contribuído para a redução das diferenças entre gêneros, estabelecendo em alguns campos, expectativas de comportamento e oportunidades mais similares para homens e mulheres.

VII – CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra de estudo compôs-se de 31 participantes, sendo 17 do sexo masculino e 14 do feminino.

Os participantes, de ambos os sexos são em sua maioria casados (67,7%), faixa etária entre 26 a 45 anos e possuem baixo nível de renda e escolaridade.

Todos os domínios de QV aferida pelo SF-36 apresentaram maiores índices (melhor performance) após a colocação de PPRT, para ambos os sexos.

O domínio capacidade funcional apresentou menor variação antes e depois da colocação de PPRT; o aspecto físico foi o domínio com maior variação, para ambos os sexos.

Este estudo revelou que a Estética bucal pode afetar todos os domínios de QV do indivíduo, tanto aqueles referentes ao componente físico quanto ao mental.

Antes da colocação da PPRT, os participantes que não apresentaram alterações clínicas, revelaram melhor QV em todos os domínios, comparados aos participantes que apresentaram algum tipo de alteração. Ambos os grupos (com e sem alterações clínicas) evidenciaram igualmente uma melhoria na QV após a PPRT.

Acrescente-se que os pacientes que apresentaram alterações clínicas antes da PPRT apresentaram limitações quanto à capacidade funcional, aspectos físicos e emocionais. Para este grupo, o domínio vitalidade não evidenciou diferença significativa com relação ao grupo que não apresenta alterações clínicas. Após a colocação da PPRT, esta diferença entre os dois grupos (com e sem alteração clínica) diminuiu.

Encontraram-se neste estudo correlações entre a maioria dos domínios de QV do instrumento SF-36, com exceção dos domínios “estado geral de saúde” e “vitalidade”.

Os participantes do sexo masculino apresentaram melhores resultados em todos os domínios de QV do que o feminino, antes e depois da instalação da PPRT, embora o sexo feminino tenha apresentado melhora de dos resultados em seis dos oito domínios avaliados, à exceção dos domínios aspecto emocional e físico.

Concluindo, pode-se dizer que os moradores da Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas de Dionísio, investigados neste estudo, apresentaram independente do sexo, uma melhor QV após a instalação da PPRT, revelando que a mudança da Estética bucal influenciou positivamente a QV os mesmos, sendo que os domínios onde a melhora foi maior foram: aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social e saúde mental. Os achados apontam para uma importante diferença de gênero quanto a QV.

Apesar de ter sido possível, neste estudo de duas etapas, verificar a modificação da QV antes e depois da colocação de PPRT, obtendo-se importantes associações entre Estética bucal e QV, não se pode dizer que a PPRT tenha sido o único fator a produzir alterações na QV da amostra de estudo.

Os dados obtidos nesta investigação não devem ser generalizados para a população negra como um todo, mas sim para populações com características similares.

Este estudo dá suporte a iniciativas relacionadas ao diagnóstico, prevenção e tratamento em saúde e Estética bucal em populações negras, rurais, remanescentes de quilombos.

Alerta-se para a necessidade de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre aspectos relativos à especificidade cultural das comunidades estudadas, visando à sua adequada abordagem e manejo.

Aponta-se para a necessidade de *follow up* desta investigação, que possibilite verificar a estabilidade dos dados sobre QV encontrados junto à amostra.

REFERÊNCIAS

- ABDALA M. Clínicas multi e interdisciplinares. (2000). Disponível em: <<http://www.ortonet.com.br/fonoaudi1.htm>> Acesso em: 06 jul. 2005.
- AMORIM, C.R. **Negros do Ribeira**: reconhecimento étnico e conquista do território. São Paulo: ITESP, 1998.
- ARAYA, R.I.; WINN, R.; LEWIS, G. Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ – 12 and SRQ – 20) in primary care in Chile. **Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology**, 27, 168-173, 1992.
- ARAÚJO J.O. **Raça, educação e mobilidade social**: o programa de pré-vestibular para negros e carentes. São Carlos -SP: 2001. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos].
- ASSIS, R **Qualidade de Vida do doente falcêmico**. Campinas - SP, 2004. 90f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas.
- BARATIERI, L. N *et al.* **Estética**. vol. 2 São Paulo: Santo Quintessence, 1998.
- BATISTA *et al.* V Mortalidade da população adulta no Brasil e grandes regiões segundo sexo, raça/cor. In: Lopes, F (coord) Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da eqüidade {Relatório Finalo- Convênio UNESCO Projeto 913BRA3002. Brasília: FUNASA/MS., 2004.
- BAUMGARTEN A.G. (1735/1964) Reflexiones filosóficas acerca de la poesia. Madrid: Aguilar.
- BENTO, M.A. (1999) Institucionalização da luta anti-racismo e branquitude. In: Heringer, H., org. **A cor da desigualdade**: desigualdades raciais no mercado de trabalho e ação afirmativa no Brasil, Rio de Janeiro: IERÊ Instituto de Estudos Raciais Étnicos. p. 11-30
- BERLIM, T. M; FLECK, M.P.A. “Quality of life”: a brand new concept for a research and practice in psychiatric. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2003 p. 249-252.
- BERND, Z. **O que é negritude**. São Paulo: Brasiliense, 1998.
- BLANCO O.G.; PELAEZ A.L.S.; ZAVARCE R.B. Estética en odontología. Parte I. Aspectos psicológicos relacionados a la estética bucal. **Acta odontol.** Venez v.37 n.3 Caracas dic. 1999
- BONACHELLA, W; TELLES, D. **Planejamento em reabilitação oral em Prótese Parcial Removível**. São Paulo: Santos, 1998.
- BOTTINO, M. A *et al.* **Estética em reabilitação oral**: Metal Free. vol 1. São Paulo: Artes Médicas Divisão Odontológica, 2002.

BRANDEN, N. **Auto-estima - como aprender a gostar de si mesmo.** São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL (2000) **Fundação Cultural Palmares.** Ministério da Cultura do Brasil. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: 05 nov. 2005.

BRASIL (1988) Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal:** Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal - Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.

BRASIL - Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil, EXECUTIVA SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO Nº 238 13 DE DEZEMBRO DE 2004. SEÇÃO 1 MINISTÉRIO DA SAÚDE GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004.

BRASIL - Saúde da População Negra: construindo políticas universais e equânimes no Brasil (Ministério da Saúde, 2001). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/populacao_negra.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2005.

BURNS, M.H. Use of a personality rating scale in identifying cooperative and non-cooperative orthodontic patients. Am J Orthod 1970 v.57 p.418.

BURT, B.A; EKLUND, S.A. **Dentistry, dental practice and the community.** 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999.

BUSSAB, W. O. e MORETTIN, P. A. **Estatística Básica.** São Paulo: Saraiva, 2003.

BUSATO, A.L.S. **Dentística:** restaurações estéticas. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CAMPARIS, C. M; CARDOSO JR. C. **A psicologia da dor - Aspectos de interesse do cirurgião dentista.** Publicado em abr. 2002. Disponível em:<<http://www.google.com.br>> Acesso em: 05 out. 2005.

CARDOSO, R.J.A; GONÇALVES, E.A.N. **Odontologia – Arte, ciência, técnica.** Oclusão/ATM, prótese, próteses sobre implantes, prótese bucomaxilofacial. APCD. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

CARDOSO, R.J.A. **Odontologia, conhecimento e arte.** Dentística, prótese, ATM, implantodontia, cirurgia, odontogeriatría. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

CARDOSO, W. L. C. D. **Qualidade de Vida e trabalho:** uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.) Série Saúde Mental e Trabalho. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 89-116

CARDOZO, H.F. **Avaliação do dano nas seqüelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito.** Dissertação (Doutorado) – Universidade de São Paulo: USP, 1993.

CASTRO, M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Rev. Assoc. Méd. Brás.** v.49 n.3 São Paulo, jul./set. 2003.

CASTRO JR *et al.* Avaliação estética da montagem dos seis dentes superiores anteriores em prótese total. **Pesqui. Odontol. Bras.** v.14, n.2, São Paulo, abr./jun. 2000.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-form Health Survey (SF-36)”**. Tese para obtenção do título de doutor em Medicina. São Paulo: 1997.

Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Revista Brasileira de Reumatologia 1999;39:143-50.

COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS: Contribuição para o Plano Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável. Disponível em:
<http://www.redeprouc.org.br> Acesso em: 26 jun. 2005.

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA (CIORJ). Carta do Rio de Janeiro VI. **A inter-relação da Odontologia com as demais profissões da saúde**. Disponível em:
<http://www.aborj.org.br>. Acesso em: 16 jul. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/c_etica/ceo_05_03.html. Acesso em: 08 nov. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Disponível em: <<http://www.cfp.gov.br>>. Acesso em: 08 NOV. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.196/96. Dispõe sobre normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília/DF, 1996.

COSTA, M; CASTRO, L.P. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

COUTINHO, E.S.F. **Fatores sócio-demográficos e morbidade psiquiátrica menor: homogeneidade ou heterogeneidade de efeitos?** Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia- Salvador/BA., 1995.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O; MALERBO, M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.11 n. 4. Ribeirão Preto July/Aug.2003.

DIAS, M.A.S; MARCHI, R. **Saúde e Qualidade de Vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller, 1997.

DOUGHAN B, KASSAK K, BOURGEOIS D.M. Oral health status and treatment needs of 35-44 year old adults in Lebanon. **Int Dent J** 2000; v. 50 n. 6 p. 395-9.

DUARTE et al. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SF tm). **Rev. Assoc. Méd. Brás.** v.49, n. 4, São Paulo, 2003.

DUARTE, J. J.F. **O que é beleza**. Brasília: Ed. Brasiliense, 1987.

- ECO, H. **História da Beleza.** Rio de Janeiro: Record, 2004.
- EKLUND, S.A; BURT, B.A. Risk factors for tooth loss in the United States: longitudinal analysis of national data. **J Pub Health Dent** 1994; v.54, p.5-14.
- ELIAS, M.S. *et al.* A Importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.1, Ribeirão Preto, jan. 2001.
- EMMERICH A. *et al.* Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringeanas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.20 n.3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2004.
- EQUIPE PPCOR - **Comunidades Quilombolas são reconhecidas pelo Estado.** Boletim Informativo- Laboratório de Políticas públicas da UERJ n. 15, jul. 2004. Disponível em: <http://www.lppuerj.net/olped/boletim_ppcor/exibir.asp?cod_noticia=100&NUM_BOLETIM=15>. Acesso em: 07 nov. 2005.
- FÉDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J** 1982; 32(1), 74-7.
- FERREIRA, A. B.H. *et al.* **Novo Aurélio Século XXI.** São Paulo: Nova Fronteira, 2000.
- FERRY, L. **O nascimento da estética.** O correio da UNESCO. Fundação Getúlio Vargas. n. 2 19, fev. 1991.
- FIORI, S. R; LOURENÇÂO, A. R. **Prótese parcial removível:** fundamentos bioprotéticos. vol 1. São Paulo: Pancast Editorial, 1989.
- FLECK, M.P.A. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21 n.1. São Paulo jan./mar. 1999.
- FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L.; NARVAI, P. C. Early tooth loss in adults aged 35 - 44: State of Sao Paulo, Brazil, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**, Apr. 2003, v.6, n.1, p.49-57. ISSN 1415-790X
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - FUNASA (2005) Educação e saúde em comunidade quilombola do MS. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/not/no/not/not2005/not258.htm>>. Acesso em 09 nov. 2005.
- GARRAT. A. *et al.* **Quality of Life Measurement: Bibliographic Study of Patient Assessed Health Outcome Measures.** British Medical Journal, v. 324 p. 1417. 2002.
- GENOVESE W.J. **Metodologia do exame clínico em Odontologia.** São Paulo: Pancast Editora, 1992. cap. XIV, p.355-367.
- GOLDSTEIN, R.E; **Estética em odontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980.

- _____. **A estética em odontologia.** São Paulo: Santos, 2000.
- GOMES, F.S. **Hidra e os pântanos, mocambos, quilombos e comunidades de fugitivos no Brasil** (séculos XVII-XIX). São Paulo: Fundação UNESP, 2005.
- GOMES, N.L. Educação, identidade negra e formação de professores/as: um olhar sobre o corpo negro e o cabelo crespo. *Educ. Pesqui.* v. 29 n.1, São Paulo Jan./June 2003.
- GOMES, T; MORY. M; CORREA, G. A. **Atlas de caracterização em Prótese Total e Prótese Parcial Removível.** vol 1. São Paulo: Santos, 1998.
- GUIMARÃES, M.M; MARCOS B. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. *Rev CROMG* v.1 n.2 p. 54-61, 1995.
- HERMET, G. **Cultura e desenvolvimento.** Petrópolis: Vozes, 2002.
- HERNÁNDEZ, P.P. **Tres variables psicosociales en el dolor crónico bucofacial** – primeira parte. Psicólogo, Facultad de Odontología de la UCV. <<http://www.acataodontologica.com>> Publicado em: 04 nov. 2002.
- HIIDENKARI, T; PARVINEN, T; HELENIUS, H. Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south-western Finland. *Comm Dent Health* 1996 v.13, p. 215-22.
- HUNGERFORD, M. **Conceitos da estética dental** – A beleza está nos olhos de quem vê. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE . Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2005
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE . Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2000. Disponível em : <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 ago. 2005.
- JACOBSON, A. Psychological of dentofacial esthetics and orthognathic surgery. *Angle Orthod.* 1984; v.54 p.18-34.
- JEFFERSON, Y. Facial Beauty – Establishing a Universal Standard. **Gen dent indexed for Medline**, 2003.
- KLIEMANN, C; OLIVEIRA, W. **Manual de Prótese Parcial Removível.** São Paulo: Santos, 1999. 265p.
- LALLO, R; MYBURGH, N.G.; HOBDELL, M.H. Dental caries socioeconomic development and national oral health policies. *Int. Dent. J.* 1999; v. 49, p. 196-202.
- LEITE, C.D. **Furnas do Dionísio.** Revista Arca, out., n. 05. Campo Grande: Editora UFMS, 1995.
- LELES, C. R.; FREIRE, A. A sociodental approach in prosthodontic treatment decision making. *J. Appl. Oral Sci.* Apr./June 2004, v.12, n.2, p.127-132. ISSN 1678-7757.

LIBERDADE CULTURAL NUM MUNDO DIVERSIFICADO. Relatório do Desenvolvimento Humano. Lisboa, 2004. Disponível: <<http://www.pnud.gov.br>>. Acesso em: 20 ago 2005.

LIMA, A. F. B. S. **Qualidade de Vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool.** Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Rio Grande do Sul – UFRS, 2002.

MANDIA JR. V CONGRESSO PAULISTA DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA. **Atualização em Prótese Dentaria – inter-relação clínica-laboratório.** São Paulo: Santos, 1997.

MANSO, G..M. *et al.* EL EXAMEN FUNCIONAL EN ORTODONCIA. Rev Cubana Ortod; Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología v.13 n.1 p.37-41, 1998.

MATSON, E. **Atlas de Dentística Restauradora.** 3 ed. São Paulo: Pancast, 1992.

MAY, R. **Minha busca da beleza.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

MCGIVNEY, G. P; CASTLEBERR,Y. D. J. **Prótese parcial removível de MC Cracken.** v. 1. n. 8, São Paulo: Artes Médicas, 1994. 330p.

MENDES, W. B; BONFANTE G. **Fundamentos da estética em odontologia.** São Paulo: Santos - Quintessence, 1996.

MENTA, S.A.**Qualidade de Vida de idosos asilados.** Campo Grande: UCDB, 2003. 114f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

MEZZOMO, E. *et al.* **Reabilitação Oral para o clínico.** São Paulo: Santos, 1997.

MICHELI, G.; AUN, C.; YOUSSEF, MN. **Estética do sorriso.** São Paulo: Ática, 1987.

MICHELONE, A. P. C; SANTOS, V.L.C.G. **Qualidade de Vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia.** Rev. Latino-Americana de Enfermagem, vol. 12, n.6, nov/dez 2004.

MILLER, Y; LOCKER, D. Correlates of tooth loss in a Canadian adult population. **J Can Dent Assoc** 1994; v. 60 n.6 p. 549-55.

MIRANDA, C.C. **Atlas de Reabilitação Bucal.** São Paulo: Santos, 1984.

MIYASHITA, E; FONSECA, A.S. **Odontologia Estética** – o estado da arte. São Paulo: Artes Médicas- divisão odontológica. APCD, 2004.

MONDELLI, J. *et al.* **Dentística Restauradora:** Tratamentos Clínicos Integrados. São Paulo: Santos, 2004.

MOORREES, C.F.A. State-of-the-art workshop conducted by the Oral-Facial Growth and Development Program, The National Institute of Dental Research. Am J Orthod 1971; v.59 p.1-18.

MORAES, A. B. A. A psicologia da dor In: ANTONIAZZI, J. H. **Endodontia – bases para a prática clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 1991.

MORI, A.T.M; CARDOZO, H.F. Estética dentária: visão de pacientes e profissionais em relação à Odontologia. **Rev. Paul. Odontol.**, 2002. v.24 p.26-30.

MORI, T. A. **Expectativas com relação aos resultados estéticos dos tratamentos odontológicos**. Dissertação. (mestrado). Universidade de São Paulo – USP, 2003.

MOURA, A.P. Turismo e festas folclóricas no Brasil. In: FUNARI, P. P. e PINSKY, J. **Turismo e patrimônio cultural**. São Paulo: Contexto, 2001.

MOURA, W.L; EUGÊNIO, M.J.E; SILVA, E.F. Causas determinantes de exodontias na clínica cirúrgica do curso de odontologia da Universidade Federal do Piauí. **Rev Assoc Saúde Pub Piauí** 1998; v.1 n.1 p.71-83.

MUNHOZ, L.C. **Aprendendo a mastigar, a ouvir, a respirar e a falar**. Curitiba: Ed. Lovise, 2002.

MURRAY, J.J. Appropriate use of fluorides for human health. Geneva: World Health Organization; 1986.

MYNAIO, M.C.S ; HATZ, Z.M.A.; BUSS, P. M. - Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. v. 5 n. 1 **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. p. 7-17

NASCIMENTO, N. A Estética Brasileira Google conceito de estética. Disponível em: <<http://www.astrovates.com.br/tese/estetbra.htm>>. Acesso em: 13 out. 2004.

NASSIF, P. S; KOKOSKA, M. S. Aesthetic buccal Standard. Disponível em: <http://www.google.com.br-www.plasticsurgerysoutherncalifornia.com/facial_analysis.htm>. Acesso em: 04 out. 2004.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. São Paulo: Artes médicas. Divisão odontológica. 4 ed. p.15-20, 2000.

_____. **Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares**. São Paulo: Artes médicas. Divisão odontológica. 2 ed. p.35-42, 1992.

OLIVEIRA, B. A **amplitude de distribuição dos eritrócitos (RDW) em portadores da hemoglobina C residentes na comunidade de Furnas de Dionísio, Jaraguari - MS**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Desenvolvimento para o Estado e Região do Pantanal – UNIDERP, Campus de Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Curso de Biologia – Campo Grande / MS – 2003.18p.

OLIVEIRA, N. A. C. **Análise dos obstáculos ao desenvolvimento na comunidade Furnas do Dionísio** (Jaraguari/ MS). Monografia (economia) - Universidade Católica Dom Bosco - UCDB. Campo Grande, 2002. 46p.

OLIVEIRA, R. Seminário Nacional de Saúde da População Negra: Documento Alternativo do Movimento Negro Brasileiro. Fórum Nacional de entidade negras p. 249-250, 2003.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS (2001) Saúde da População Negra, de Fátima Oliveira (Opas-Brasil, 2001). Disponível em:
<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=68>. Acesso em: 08 nov. 2005

OZBEKI, M. *et al.* Evaluation of articulation of Turkish phonemes after removable partial denture application. **Braz. Dent. J.**, 2003, v.14, n.2, p.125-131. ISSN 0103-6440.

PAIVA, H.J. *et al.* **Oclusão** – noções e conceitos básicos. São Paulo: Santos, 1997.

PENA, M.V.J., CORREIA M.C., BRONKHORST B., e OLIVIER I.R. de (coords) Banco Mundial: A questão de gênero no Brasil. Brasília: Departamento de Desenvolvimento Ambiental e Social Sustentáveis CEPIA, 2005.

PEREZ, G.U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. **Rev. Cuba. salud pública**; v.28 n.2, mayo-agosto. 2002

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. **Apoio social e religião:** uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.

PINTO V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. (Org.) **Promoção da saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev; 1997.

PINTO, J. H. N; PEGORARO, K. M. I. Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. **J. Appl. Oral Sci.**, July/Sept. 2003, v.11, n.3, p.192-197.

RIBEIRO, M. Nossa luta é por um Brasil de igualdade, em todos os sentidos. **Revista Em questão** – online – Brasília, n. 10, 19, nov. 2004. Editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégica da Presidência da República.
 Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/emquestao/ent10.htm>>. Acesso em: 09 nov. 2005.

RIBEIRO, N. A invisibilidade agrava o quadro de doenças. Saúde da população negra. **Rev Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 20 abr. 2004.

ROBERTS R., GOLDING J., TOWELL T. e WEIRREB I. The effects of economic circumstances on British students mental health and physical health> **Journal of American College Health**, v. 48 n. 3, 103-109, November, 1999.

RUBIRA, I. R. F.; RODRIGUES, C. B. F. Odontograma e Notação Dental: Considerações Gerais. **Rev. Odont. USP**. São Paulo, n.2, v.2, p.104-108, abr/jun, 1988.

RUFENACHT, C. R. **Fundamentals of esthetics**. Chicago, Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc, 1998.

- SANTOS, J.T. O negro no espelho: imagens e discursos nos salões de beleza étnicos. **Estud. afro-asiát.** n.38, Rio de Janeiro: Dec, 2000.
- SEGER, L. **Psicologia e odontologia:** uma abordagem integradora. São Paulo: Editora Santos, 1992.
- SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde pública;** v. 20 n.2 p.580-588, mar/abr. 2004.
- SILVA NETTO, C. R. **Deglutição- na criança, no adulto e no idoso. Fundamentos para a odontologia e fonoaudiologia.** São Paulo: Lovise, 2003.
- SILVA, S. J. de P. **Flor do quilombo:** lendas e narrativas de Furnas do Dionísio. Campo Grande: Letra Livre, 2004.
- SNEDECOR, G. W.; COCHRAN, W. G. **Statistical Methods.** Iowa State University Press, 8th edition, 1989.
- SOUZA, J. C; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida.** Campo Grande: UCDB, 1999.
- SOUZA JR. M. H. S.; CARVALHO R. M. ; MONDELLI R. F. L. **Odontologia estética: fundamentos e aplicações clínicas.** v. 1.n 2. São Paulo: Santos, 2000.171p.
- SOUZA, R. A; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol.** (Natal); v.8 n.3 p.515-523, set. dez. 2003. tab.
- STEPHANINI, I. C. **Qualidade de Vida dos profissionais de saúde que trabalham com portadores de HIV no Estado de Mato Grosso do Sul.** Campo Grande, MS: dissertação de Mestrado – Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, 2003.
- STEWART, A.L.; KAMBERG, C.J. Physical functioning measures. In: STEWART A.L, WARE, J.E., (eds). Measuring functioning and well being: The medical outcomes study approach. Durham, NC: Duke University Press, 1992. 86p.
- STEWART-BROWN S. *et al.* The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? **Journal of Public Health Medicine**, v. 22, n. 4, p. 492-499, 2000.
- SUNDQUIST J.; JOHANSSON S.E. Impaired health status, and mental helath, lower vitality and social functioning in women general practioners in Sweden: A cross-sectional survey. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.17, n.2, p. 81-86. June,1999.
- SWARBROOKE, J. **Turismo sustentável:** turismo cultural, ecoturismo e ética. Trad. Saulo Krieger. São Paulo: Aleph, 2000.
- TOUATI, B.; NATHANSON D.; MIARA.P. **Odontologia estética e restaurações cerâmicas.** São Paulo: Santos, 2000.

TODESCAN, R.; SILVA, E. E. B; SILVA, O..J. **Atlas de Prótese Parcial Removível.** São Paulo: Santos, 1998.

TURNER-BOWKER, D..M; BARTLEY, P.J; WARE, J.E. JR. (2002). SF-36 Health Survey e "SF" bibliography (3rd ed, 1988-2000). Lincoln, RI: Quality Metric.

TURANO, J.C; TURANO, L.M. **Fundamentos de Prótese Total.** São Paulo: Santos, 2000.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Brasília: PNUD; 1998.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - USP. Faculdade de Saúde Pública. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal:** Estado de São Paulo, 1998. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde; 1999.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP 1998. Faculdade de Saúde Pública. Disponível em <http://www.paginas.terra.com.Br/saude/angelonline/artigos/art_saucol.htm>. Acesso em: 21 out. 2005.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000) **Oral Health in America: a report of the surgeon general.** Rockville, MD. US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health.

US GENERAL ACCOUNTING OFFICE (2000) **Oral Health: Dental Disease is a Chronic Problem among Low-income Populations.** Whashington, DC, US General Accounting Office. VELARDE J.E.; AVILA F. C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud pública mex;** v.44, n. 4, p.349-361, jul.-aug. 2002.

VELARDE, J; FIGUEIROA, A.C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida/ Salud publica mex; v. 44, n. 5, p. 448-463, sept.-oct.2002.

_____. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública mex, v. 44, n. 4, p.349-362, jul-aug. 2002.

VERHELST, T. **O direito à diferença - identidades culturais e desenvolvimento.** Trad. Maria Luíza César. Petrópolis: Vozes, 1992.

VIEGAS, Y; VIEGAS, A.R. Prevalência de cárie dental em Barretos, SP, Brasil, após dezesseis anos de fluoretação da água de abastecimento público. **Rev Saúde Pública** 1988; 22(1): 25-35.

VIEIRA, D. **Análise do sorriso.** São Paulo: Santos, 2004.

WARE, J.E.Jr. Measuring patient's views. The optium outcome measure. **British Medical Journal**, v. 306, n. 6890, p.1429-1430, 1993.

WARE J.E.Jr. SF-36 Health Survey Update. **QualityMetric Incorporated and tufts University Medical School. The Use of Psychological Testing For treatment Planning and**

Outcomes Assessment, Third Edition. v.3, p.693-718. Mark E.M. ed., 2004 Lawrence Erlbaum Associates.

WARE J.E.Jr. **SF-36® Health Survey Update**. John E.Ware, Jr., Ph. Disponível: <<http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>> Acesso em: 26 jun. 2005.

WARE J.E. **SF-36 Health Survey Update**. Quality Metric Incorporated and tufts University Medical School. The Use of Psychological Testing For treatment Planning and Outcomes Assessment, Third Edition. v.3, p.693-718. Mark E.M. ed., 2004 Lawrence Erlbaum Associates.

WARE J.E.; KOSINSKI M; KELLER S.D. **The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales**: A User's Manual. Boston, MA: The Health Institute, 1994.

WARE, J.E.J; KOSINSKI, M; BAYLISS, M.S. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. Med Care 1995; v. 33 (4 Suppl):AS264-79.

WARNER, R; SEGAL, H. **Ethical issues of informed consent in dentistry**. Chicago: Quintessence; 1980.

WEISZFLOG, W. **Michaelis**: Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Cia. Melhoramentos, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO (1996.) **Brief introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the assessment Field Trial Version**. Programme on Mental Health, Geneva.

XAVIER, F. M. F. *et al.* **Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários**. Rev. Bras. Psiquiatr., Jun 2001, v.23, n.2, p.62-70. ISSN 1516-4446

XAVIER, F; FERRAZ, M. P. T; NORTON, Elderly people's definition of quality of life. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, mar. 2003, v.25, n.1, p.31-39. ISSN 1516-4446

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Líder

Esta pesquisa que visa a avaliar a influência da Estética bucal em pacientes com ausência de um a quatro dente(s) frontal (is) superior (es) na Qualidade de Vida de moradores da comunidade Furnas do Dionísio situado no município de Jaraguari - MS, será desenvolvida pela cirurgiã dentista Tatianna Motti Gibran, aluna do curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) sob orientação da Doutora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.

A participação desta comunidade será de caráter voluntário, e esta pesquisa será desenvolvida em quatro etapas:

1. Seleção dos pacientes e aceitação pelos mesmos;
2. Realização de ficha clínica, aplicação do instrumento SF- 36, moldagem dos arcos superior e inferior e fotografia da face com leve sorriso;
3. Entrega e, se necessário, ajuste da Prótese Parcial Removível Temporária;
4. Reaplicação do instrumento SF-36 e fotografia da face com leve sorriso.

Ressalta-se que para a realização das fotos com leve sorriso, uma tarja será colocada nos olhos para que o sigilo seja garantido nesta pesquisa. Os nomes dos participantes serão substituídos por código numérico, a fim de evitar possíveis transtornos e exposição desnecessária e indevida dos mesmos.

Líder da Comunidade Furnas do Dionísio

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Comunidade

O projeto de pesquisa denominado “**Estética bucal e Qualidade de Vida de moradores da comunidade de Furnas do Dionísio, MS**” tem como objetivo avaliar as repercuções da mudança da Estética bucal na Qualidade de Vida de moradores da comunidade Furnas do Dionísio, através da colocação de Prótese Parcial Removível Temporária. Serão aplicados questionários antes e depois da colocação desta. O projeto está sendo realizado pelo curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), MS.

Com o decorrer deste estudo, deseja-se observar alguns benefícios já esperados: melhora da estética, aumento da auto-estima, da autoconfiança e dos relacionamentos social e sexual.

Sua participação no estudo é muito importante, voluntária e você tem plena liberdade para abandonar o estudo e/ou o tratamento a qualquer momento, sem incorrer em nenhuma penalidade.

Todas as perguntas relacionadas à pesquisa serão respondidas antes de sua concordância em participar. A pesquisadora responsável oferecerá todas as informações necessárias e dúvidas que surgirem antes, durante e depois da pesquisa.

Os atendimentos e as avaliações dos sujeitos serão realizados em horários previamente e individualmente agendados. Fora dos atendimentos, a pesquisadora, sua orientadora e o Comitê de Ética da UCDB poderão ser encontrados, em horário comercial, nos telefones abaixo e a qualquer momento pelo celular da pesquisadora, também relacionado ao fim da página.

Os resultados do estudo serão registrados em fotografia, e publicados preservando sua identidade. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente com finalidade acadêmico-científica.

Eu, _____ declaro que li e entendi todas as informações referentes a este estudo e que todas as minhas perguntas foram adequadamente respondidas e dúvidas esclarecidas.

Jaraguari - MS, ____ de ____ de ____.

Assinatura

Tatianna Motti Gibran - Cirurgiã Dentista / Pesquisadora

Rua Antônio Maria Coelho, 1697, C.Grande/MS; Tel. (67) 324-9671 ou 9906-4709; tmgibran@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB (67) 312-3595

Profa. Dra. Liliana A. M. Guimarães- orientadora;lguimaraes@mpc.com.br

APÊNDICE 3**Fotos dos participantes****ANTES**

Figura 9a - Participante 4

DEPOIS

Figura 9b - Participante 4



Figura 10a - Participante 5



Figura 10b - Participante 5



Figura 11a - Participante 6



Figura 11b - Participante 6



Figura 12a - Participante 7



Figura 12b - Participante 7



Figura 13a - Participante 8



Figura 13b - Participante 8



Figura 14a - Participante 9



Figura 14b - Participante 9

APÊNDICE 4**Fotos das Próteses Parciais Removíveis Temporárias****VISTA FRONTAL**

Figura 15a

VISTA LATERAL

Figura 15b



Figura 16a



Figura 16b



Figura 17a



Figura 17b

APÊNDICE 5

Fotos do Locus de Pesquisa: Comunidade Remanescente de Quilombo de Furnas do Dionísio/MS



Figura 18 - Escola municipal



Figura 19 - Igreja católica



Figura 20 - Posto de saúde e telefone local (orelhão)



Figura 21 - Placa (escola estadual)



Figura 22 - Quadra de esportes
(escola estadual)



Figura 23 - Igreja evangélica



Figura 24 - Associação de pequenos produtores rurais de furnas de Dionísio



Figura 25 - Local de produção da cana de açúcar



Figura 26 - Placa de informação



Figura 27 - Local de lazer para os moradores da comunidade

ANEXOS

ANEXO 1**FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA****Nome:**

Endereço:

RG:

CPF:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Telefone residencial:

Telefone comercial:

Data de Nascimento: / /

Sexo:

Cor: negro

Naturalidade:

Procedência:

Nacionalidade:

Profissão:

Estado civil:

Motivo da consulta: _____
_____História do motivo da consulta: _____
_____**História Odontoestomatológica**

Visita regularmente o cirurgião-dentista? Sim () não ()

Período: _____ Época da última visita: _____

Motivo da consulta: _____

Tem dificuldade em abrir a boca? Sim () não ()

Qual o tipo de dificuldade? _____

Ouve ou sente algum ruído quando mastiga? Sim () não ()

Localização: _____ Tipo de ruído _____

Sente dor em algumas partes da boca ou dente quando mastiga? Sim () não ()

Localização: _____ Tipo de dor _____

Mastiga dos dois lados da boca? Sim () não ()

Mastigação habitual _____ Motivo _____

Sente dor nos músculos mastigatórios? Sim () não ()

Localização _____ Tipo de dor _____

Algum dente dói com frio, calor ou doce? Sim () não ()

Localização e caracterização do processo álgico? _____

Quando come fica preso alimento entre os dentes? Sim () não ()

Localização _____ Como o remove: _____

Sente a gengiva irritada, inchada ou dolorida? Sim () não ()

Localização: _____ Conduta: _____

Sua gengiva sangra freqüentemente? Sim () não ()

Localização: _____ Em que situação: _____

Escova os dentes com regularidade? Sim () não ()

Quantas vezes? _____ Tempo de escovação: _____

Alguma vez já lhe ensinaram como escovar os dentes? Sim () não ()

Técnica utilizada: _____

Já fez ou faz uso do flúor? Sim () não ()

Endógeno _____ Tópico _____ Tempo _____

Já fez tratamento periodontal anteriormente? Sim () não ()

Tipo de tratamento? _____

Já fez tratamento endodôntico anteriormente? Sim () não ()

Dentes envolvidos e tempo de tratamento: _____

Já fez tratamento protético anteriormente? Sim () não ()

Tipo de tratamento: _____ Tempo de uso: _____

Já se submeteu à cirurgia bucal? Sim () não ()

Tipo de cirurgia _____ Motivo _____

Pré-operatório _____

Pós-operatório _____

Já sentiu alguma reação não usual após anestesia local? Sim () não ()

Que tipo de reação: _____ Quanto tempo durou _____

O que foi feito _____ Deixou seqüelas: _____

Sangra muito quando se corta ou extrai dentes? Sim () não ()

Tempo de sangramento: _____ Conduta: _____

Cicatriza normalmente a região atingida? Sim () não ()

Tempo _____ Seqüelas _____ Outras informações: _____

História médica

Sofre de alguma doença? Sim () não ()

Qual? _____ há quanto tempo? _____

Esta tomando algum medicamento? Sim () não ()

Tipo: _____ nome comercial _____ posologia _____

Padeceu de alguma doença grave? Sim () não ()

Qual? _____ há quanto tempo? _____

Foi hospitalizado? _____ Foi operado? _____

Recebeu transfusão sanguínea: _____

Teve ou tem febre reumática? Sim () não ()

Há quanto tempo? _____ Como é controlada _____

É portador de lesões cardíacas congênitas? Sim () não ()

Tipo _____ Faz controle _____ de que forma _____

É portador de alguma doença cardiovascular? Sim () não ()

Qual _____ Como se trata? _____

Sente dor no peito, depois de esforços ou sob tensão? Sim () não ()

Periodicidade _____ Fator de alívio _____

Sente desânimo após exercício moderado? Sim () não ()

É acompanhado de falta de ar? _____ Por quanto tempo _____

Seus tornozelos incham após longas caminhadas ou ao subir escadas? Sim () não ()

Tem dificuldade de respirar quando está deitado? Sim () não ()

Quantos travesseiros utiliza para dormir? _____

Sua pressão arterial é normal? Sim () não ()

Quando a mediu pela última vez? _____ Com quanto estava? _____

De que forma você a controla? _____

Você já fez exame para diabete alguma vez? Sim () não ()

Há quanto tempo? _____

Tem alguém diabético na família? Sim () não ()

Grau de parentesco _____ Qual o resultado _____

Tem necessidade de urinar mais de seis vezes ao dia? Sim () não ()

Sente sensação de boca seca freqüentemente? Sim () não ()

Toma muita água diariamente _____ Come demasiadamente _____

Teve ou tem alergia a algum medicamento/alimento/substância? Sim () não ()

Especificar o alérgeno e qual a reação? _____

Tem ou teve desmaios ou convulsões? Sim () não ()

Sabe a causa? _____

Toma (ou) algum medicamento? Sim () não ()

Já teve hepatite, icterícia ou doenças hepáticas? Sim () não ()

Tipo _____ Há quanto tempo? _____

Fez exames para receber alta? _____

É portador de úlcera gástrica? Sim () não ()

Faz dieta? _____ Toma alguma medicação _____

Tem algum transtorno renal? Sim () não ()

Tratamento _____

Tem história de anemia? Sim () não ()

Há quanto tempo? _____ Tratamento _____

Apresenta equimoses com freqüência? Sim () não ()

Em que região _____ Quanto tempo dura _____

Você tem tosse persistente? Sim () não ()

Expectorou alguma vez? _____

Apresenta filetes de sangue na saliva? _____

Teve alguma doença venérea? Sim () não ()

Qual _____ Há quanto tempo _____ Como tratou _____

Você fez alguma cirurgia ou radioterapia para tumor, crescimento ou outra condição em sua boca ou lábio? Sim () não ()

Está grávida? Sim () não ()

Há quanto tempo? _____ Algum cuidado especial _____

Sofre transtornos relacionados com o período menstrual? Sim () não ()

Tipo de transtorno _____

Conhece o mosquito barbeiro? Sim () não ()

Tem cefaléias freqüentes? Sim () não ()

Em que região se manifesta a cefaléia? _____

Hábitos

Sua alimentação é regular? Sim () não ()

Período _____ Tipo de alimentação _____

Suas condições de trabalho são satisfatórias? Sim () não ()

Ambiente salubre _____ Jornada _____ Posição _____

Pratica exercício físico? Sim () não ()

Qual _____ Quantas vezes _____

Tem algum vício? Sim () não ()

Fumo – tipo _____ Tempo de uso _____ Quantidade/dia _____

Álcool – tipo _____ Tempo de uso _____ Quantidade/dia _____

Drogas – tipo _____ Tempo de uso _____ Quantidade/dia _____

Outros _____

ATM

() Normal

1. Abertura de boca

() Dor

2. Normal

() Crepitação

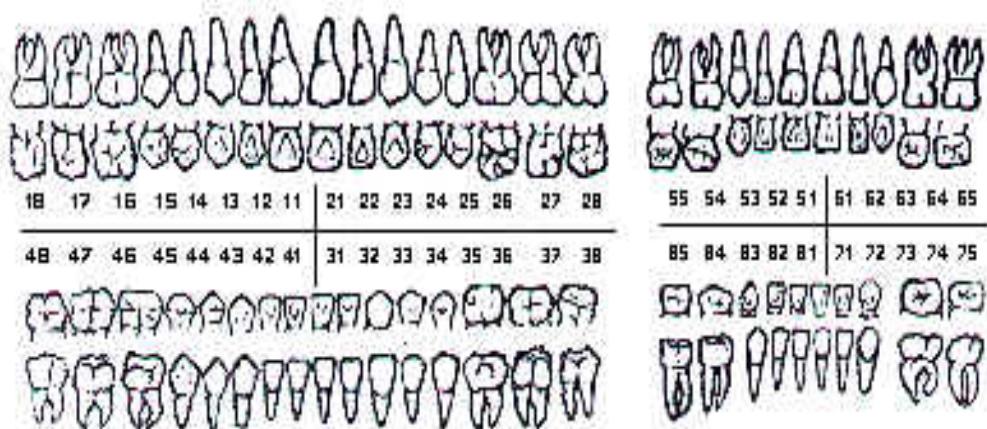
3. Diminuída

() Desvio

4. Aumentada

5. Excursão assimétrica

ODONTOGRAMA



PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO**1º OPÇÃO****2º OPÇÃO**

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Jaraguari, ____ de _____ de 2004

Assinatura do paciente ou responsável

TRATAMENTO REALIZADO

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

TRATAMENTO CONCLUÍDO:

Jaraguari, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO 2**QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36**

NÚMERO: _____

SCORE: _____

Sexo: _____ Idade: _____

Renda mensal familiar: R\$ _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados sobre como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente _____ 1

Muito boa _____ 2

Boa _____ 3

Ruim _____ 4

Muito ruim _____ 5

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano atrás _____ 1

Um pouco melhor agora que há um ano atrás _____ 2

Quase a mesma de um ano atrás _____ 3

Um pouco pior agora do que há um ano atrás _____ 4

Muito pior agora que há um ano atrás _____ 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

| Atividades | Sim. Dificulta muito | Sim. Dificulta um pouco. | Não. Não dificulta de modo algum |
|---|-------------------------|--------------------------------|--|
| a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos. | 1 | 2 | 3 |
| b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa. | 1 | 2 | 3 |
| c. Levantar ou carregar mantimentos. | 1 | 2 | 3 |
| d. Subir vários lances de escada. | 1 | 2 | 3 |
| e. Subir um lance de escada. | 1 | 2 | 3 |
| f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se. | 1 | 2 | 3 |
| g. Andar mais de um quilometro . | 1 | 2 | 3 |
| h. Andar vários quarteirões | 1 | 2 | 3 |
| i. Andar um quarteirão | 1 | 2 | 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se | 1 | 2 | 3 |

4. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

| | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que você gostaria? | 1 | 2 |
| c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? | 1 | 2 |
| d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)? | 1 | 2 |

5. Durante as **últimas quatro semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

| | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades? | 1 | 2 |
| b. Realizou menos tarefas do que gostaria? | 1 | 2 |
| c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz? | 1 | 2 |

6. Durante as **últimas quatro semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma _____ 1

Ligeiramente _____ 2

Moderadamente _____ 3

Bastante _____ 4

Extremamente _____ 5

7. Quanta dor **no corpo** você teve durante as **últimas quatro semanas**?

(circule uma)

Nenhuma _____ 1

Muito leve _____ 2

Leve _____ 3

Moderada _____ 4

Grave _____ 5

Muito grave _____ 6

8. Durante as **últimas quatro semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma _____ 1

Um pouco _____ 2

Moderadamente _____ 3

Bastante _____ 4

Extremamente _____ 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as **últimas quatro semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas. (circule um número para cada linha)

| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Uma boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Uma pequena parte do tempo | Nunca |
|--|------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| a. Quanto tempo você tem sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa muito nervosa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Quanto tempo você tem sentido tão deprimido que nada pode animá-lo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Quanto tempo você tem sentido calmo ou tranquilo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Quanto tempo você tem sentido com muita energia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Quanto tempo você tem sentido desanimado e abatido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Quanto tempo você tem sentido esgotado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Quanto tempo você tem sentido uma pessoa feliz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Quanto tempo você tem sentido cansado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

10. Durante as últimas **quatro semanas**, quanto do seu tempo a sua **saúde física ou os problemas emocionais** interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

Todo tempo _____ 1

A maior parte do tempo _____ 2

Alguma parte do tempo _____ 3

Uma pequena parte do tempo _____ 4

Nenhuma parte do tempo _____ 5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

| | Definitivamente verdadeiro | A maioria das vezes verdadeiro | Não sei | A maioria das vezes falsa | Definitivamente falsa |
|---|----------------------------|--------------------------------|---------|---------------------------|-----------------------|
| a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Eu acho que a minha saúde vai piorar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. Minha saúde é excelente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO 3

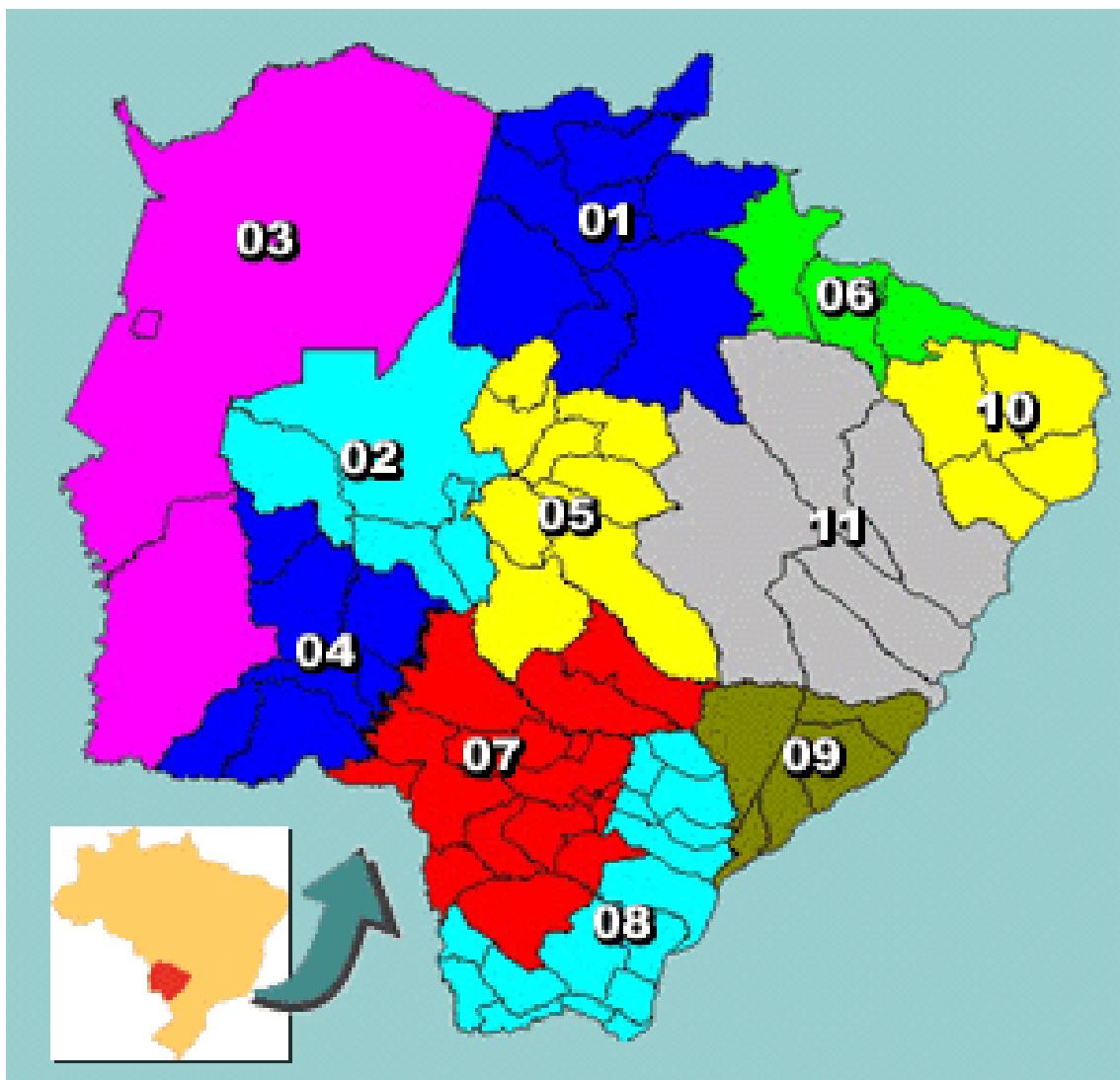
Mapa do Brasil



| | | | |
|-----------|--------------------|-----------|---------------------|
| AC | Acre | PB | Paraíba |
| AL | Alagoas | PE | Pernambuco |
| AM | Amazonas | PI | Piauí |
| AP | Amapá | PR | Paraná |
| BA | Bahia | RJ | Rio de Janeiro |
| CE | Ceará | RN | Rio Grande do Norte |
| DF | Distrito Federal | RO | Rondônia |
| ES | Espírito Santo | RR | Roraima |
| GO | Goiás | RS | Rio Grande do Sul |
| MA | Maranhão | SC | Santa Catarina |
| MS | Mato Grosso do Sul | SE | Sergipe |
| MT | Mato Grosso | SP | São Paulo |
| PA | Pará | TO | Tocantins |

ANEXO 4

Mapa de Mato Grosso do Sul



ANEXO 5**Mapa de Jaraguari/MS**