

Josaine Barbara Faé¹
Lirane Elize Ferreto²
Adriano Hoshi³

**O IMPLANTE DENTÁRIO NA
PERSPECTIVA DOS PACIENTES DE
CLÍNICAS PARTICULARES DE
FRANCISCO BELTRÃO/PR: UM ESTUDO
DE CASO**

RESUMO: A qualidade de vida dos indivíduos tem influências geradas pela saúde e integridade bucal e que necessita de atenção durante todas as faixas etárias. Apesar dos avanços proporcionados pela Política Nacional de Saúde Bucal e da Promoção à Saúde, ainda é precária a atenção das políticas públicas odontológicas, principalmente nos casos de edentulismo nas faixas etárias adultas e idosas. O objetivo da pesquisa foi de identificar as vantagens, os benefícios curativos, a conscientização e as expectativas dos pacientes que optam pelo tratamento com implante dentário. Utilizou-se a metodologia de estudo de caso, em seis consultórios odontológicos particulares, com questionário aplicado diretamente a 22 pacientes em tratamento com implantes dentários. E concluiu-se que existe, por parte dos pacientes, um conhecimento e expectativa razoáveis sobre o assunto, bem como sobre os objetivos, vantagens e benefícios esperados.

PALAVRAS-CHAVE: implante dentário, reabilitação bucal, saúde bucal.

ABSTRACT: The quality of life of the individuals has the influences produced by the health and buccal entirety, needing attention during all the age groups. In spite of the advancements provided by the National Politics of Buccal Health and of the Promotion the Health, there is still precarious the attention of the public odontologic politics, principally in the cases of edentulism in the adult and old age groups. The objective of the research was of identifying the advantages, the benefits dressings, the conscientiousness and them expectations of the patients who opt for the treatment with dental implant. Using of the methodology of case study, in six odontologic particular surgeries

Data de recebimento: 24/10/08. Data de aceite para publicação: 05/03/09.

¹ Economista Doméstica. E-mail: josaine_barbara@hotmail.com

² Docente do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, UNIOESTE. Rua Sargento Mario Kosel Filho, 16 – Jardim Independência – 13084-526 Campinas/SP. E-mail: lirane.ferreto@yahoo.com.br

³ Docente do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas, UNIOESTE. E-mail: adrhoshi@yahoo.com.br

room, with questionnaire devoted straightly to 22 patients in treatment with dental implants. It concluded that there is for part of the patients a knowledge and reasonable expectation on the subject, as well as on the objectives, advantages and expected benefits.

KEYWORDS: Dental implantation, mouth rehabilitation, oral health

1. INTRODUÇÃO

A promoção e proteção da saúde constam na Constituição Federal, decretada em outubro de 1988, que na seção II – da saúde, no art. 196 diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, ou garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2004). No entanto, percebe-se que a saúde bucal da população, especificamente dos adultos e idosos, não está sendo suficientemente amparada pelas políticas públicas e deixa a desejar.

Avanços foram notados quando da oficialização do Sistema Único de Saúde (SUS) que tornou a assistência universal, passando a incluir a saúde bucal. Com a Política Nacional de Promoção à Saúde em conjunto com a Política Nacional de Saúde Bucal, ‘Brasil Sorridente’, lançada em 2004, ocorreu à implantação de uma rede maior de serviços de atenção à saúde bucal, mas ainda se evidencia que ações ou tratamentos que fogem do nível primário de atenção não são realizados no serviço de saúde. Por tanto, tratamentos como da ortodontia, implantodontia e outros procedimentos invasivos como tratamento de canal, por exemplo, somente são realizados em clínicas particulares (BRASIL, 2007; CNSB, 2008).

O Brasil apresenta a sexta maior população idosa do mundo, em números absolutos, com mais de 30 milhões de brasileiros nesta faixa etária. Há uma quantidade significativa de edentulismo nessa população e boa parte utiliza próteses convencionais que têm a durabilidade limitada, necessitando de várias próteses ao longo da vida. A alternativa adequada para aqueles que perdem pelo menos um dente seria o tratamento através do implante dentário (SENDYK e SENDYK, 2004).

Os implantes ósseointegrados surgiram como alternativa para o tratamento do edentulismo (SEMINA, 2007). Os implantes dentários como opção de reabilitação oral trazem soluções superiores no tocante à função, conforto e estética (BOTTINO e TODESCAN, 2004; MAGINI, 2004). Portanto, sua utilização objetiva a melhora na qualidade de vida

dos indivíduos na substituição de dentes perdidos, e na melhora da aparência causada pelas reabsorções ósseas que evidenciam sinais de envelhecimento, como marcas de expressão ao redor da boca, rugas nos cantos dos olhos e papada, afetando diretamente na estética. Além disso, a reabsorção óssea diminui a estabilidade de próteses convencionais, como próteses totais (dentaduras) ou parciais removíveis (pontes móveis), prejudicando a mastigação, a fonação e a estética (RIBEIRO, 2004).

As novas perspectivas odontológicas evidenciam a ineficácia dos tratamentos odontológicos do passado recente e trazem grandes dificuldades atuais, visto que as intervenções estavam relacionadas diretamente à extração do elemento dentário e não ao tratamento do dente com problema. Esse fato aumentou consideravelmente a quantidade de pessoas com edentulismo e que necessitam de reabilitação oral. Assim, essa situação foi agravada pelo envelhecimento populacional que ocorre de forma crescente. Frente ao aumento da expectativa de vida, os indivíduos com esse problema passaram a procurar os serviços odontológicos na busca por uma melhor saúde bucal, que se reflete no aumento da auto-estima e nas condições gerais de saúde. O objetivo da pesquisa foi o de identificar as vantagens, os benefícios curativos, a conscientização e as expectativas dos pacientes que optam pelo tratamento com implante dentário em clínicas particulares de Francisco Beltrão-PR.

2. METODOLOGIA

Refere-se a um estudo de casos múltiplos (YIN, 2005), a partir de um questionário fechado, aplicado em seis consultórios odontológicos particulares da cidade de Francisco Beltrão a 22 pacientes, sendo que, em cada consultório ou clínica, atua um profissional com especialidade na área de implantes dentários e cada um foi orientado sobre a pesquisa, suas finalidades e objetivos. Os profissionais concordaram então em participar do referido estudo. Esta pesquisa de campo foi realizada em outubro de 2007, tendo a pesquisadora se deslocado a cada consultório e orientado os cirurgiões dentistas, secretárias e auxiliares sobre a forma de aplicação do questionário. Fizeram parte da pesquisa pacientes que realizavam o tratamento de implantodontia nas clínicas no período da coleta.

Os questionários foram aplicados aos pacientes individualmente por um membro da equipe odontológica das clínicas particulares. Os

procedimentos éticos foram respeitados durante todas as etapas do estudo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Realizou-se análise descritiva de frequência das variáveis estudadas no questionário que versam sobre condições socioeconômicas e do implante dentário como: o autoconhecimento, objetivos, expectativas e dificuldades frente ao tratamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 é apresentada a situação socioeconômica dos pacientes que realizaram o tratamento reabilitador com implante dentário. Observa-se uma pequena variação no gênero, confirmando que o problema bucal de ausências de elementos dentários não se distingue entre os sexos. O maior percentual de faixa etária foi entre 39 a 58 com 82%. Isso comprova que o tipo de serviço odontológico mais procurado varia de acordo com idade, sexo e renda. Consultórios privados são mais procurados por mulheres, idosos e pessoas de maior nível de renda (IBGE, 2007).

O expressivo incremento das perdas se dá conforme a idade, segundo os dados epidemiológicos apontam. Em 1986, estimava-se que aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros. A partir dessa idade, a proporção de edêntulos é cada vez maior e o colapso da dentição é mais intenso: 40% aos 53 anos; 60% aos 63 anos e 80% aos 70 anos de idade. De cada três dentes atacados por cárie, dois haviam sido extraídos, correspondendo a uma média de cerca de quinze dentes perdidos por adulto (HIRAMATSU et al., 2007).

Tabela 1 Características socioeconômicas dos pacientes de implantodontia de clínicas particulares do município de Francisco Beltrão, Paraná, 2007.

	N = 22	%
Gênero		
Feminino	10	45
Masculino	12	55
Faixa etária		
29 a 38 anos	02	09
39 a 48 anos	07	32
49 a 58 anos	11	50
59 a 68 anos	01	4,5
69 anos ou mais	01	4,5
Escolaridade		
1 ^a a 4 ^a séries completo	01	4,5
5 ^a a 8 ^a séries completo	02	09
5 ^a a 8 ^a séries incompleto	02	09
2 ^o grau completo	08	36,5
3 ^o grau completo	08	36,5
3 ^o grau incompleto	01	4,5
Renda Mensal		
Até 1 salário mínimo	01	4,5
De 1 a 2 salários mínimos	01	4,5
De 2 a 4 salários mínimos	06	27,5
De 4 a 6 salários mínimos	02	09
De 6 a 8 salários mínimos	04	18
Acima de 9 salários mínimos	08	36,5

Destaca-se também a escolaridade com 77,5% de indivíduos com 2^o grau completo e 3^o grau completo/incompleto. Os dados mostram que a educação exerce grande influência na qualidade de vida do

homem. A correlação com os indicadores de escolaridade aponta a tendência de municípios com piores indicadores educacionais apresentarem também piores figuras de CPO-D. Além da renda familiar, a inserção social tem influência direta na prevalência da cárie dentária. Indivíduos com grau de escolaridade maior tendem a escovar seus dentes mais vezes; e suas crianças começam a ter seus dentes higienizados mais precocemente, com impacto significativo na saúde bucal. Além disso, a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas favorece as práticas de higiene pessoal (BALDANI et al., 2002). Não é impossível desvencilhar as condições de vida de uma população das mudanças no processo saúde-doença, é óbvio que um nível social, econômico e cultural baixo muitas vezes significa menos educação, menos renda, menos motivação e logicamente, mais cárie (BALDANI et al., 2002).

O fator renda também apresentou nível elevado, 36,5% tem renda acima de nove salários mínimos, seguido de 27,5% entre dois a quatro salários mínimos; e constatou-se que 63,5% têm renda mensal superior a quatro salários mínimos, mostrando que este procedimento ainda está elitizado, já que a renda média per capita na maioria das cidades brasileiras fica em torno dos dois salários mínimos por família (IBGE, 2007).

Os implantes são uma excelente alternativa para resolver os problemas das pessoas que têm falta de dentes, apesar de ser um tratamento relativamente caro, o que não é acessível à maioria dos pacientes que dele necessitam (ALVES, 2007). A situação de saúde dos indivíduos é fortemente determinada pelas condições socioeconômicas desses. E, nesse contexto, o nível de renda apresentado per capita é um indicador bastante relevante, por ser reconhecidamente associado ao nível de bem-estar de indivíduos e de populações (DUARTE et al., 2002; LIMA-COSTA et al., 2003; CARVALHO, 2004).

O nível de renda é fator limitador do acesso aos serviços odontológicos especializados. A população brasileira utiliza os serviços de saúde bucal ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), quando o atendimento que ela necessita não é ofertado, geralmente isso resulta em ausência de tratamento ou na extração dentária. Os procedimentos de saúde pública na atenção básica oferecidos pelo SUS incluem consultas odontológicas e atividades nas mais diversas áreas, como: dentística, periodontia, cirurgia oral menor, prevenção e endodontia emergencial, destacando que este tipo de serviço tem foco nas crianças, não atendendo as demais faixas etárias da população. A implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foi uma

das metas do Programa Brasil Sorridente e cobre especialidades das áreas de prevenção, dentística, cirurgia básica, periodontia, endodontia, traumatologia bucomaxilofacial, prótese total e pacientes portadores de necessidades especiais (DIAS, 2007)#.

A esse respeito WAMBIER (2003) conclui que a implantodontia não é disponibilizada ainda pelo sistema público de atendimento odontológico porque a ausência de dentes no indivíduo não foi reconhecida como problema de saúde pública, ainda se utiliza a prótese dental em massa, esquecendo que os dentes são umas das principais fontes de bem-estar fisiológico e de auto-estima dos indivíduos.

Contudo, o Programa Brasil Sorridente, juntamente com instituições e universidades disponibiliza tratamento especializado através dos CEO e, em algumas cidades, já está em funcionamento como em Maringá – PR, a Associação Maringaense de Odontologia (AMO) integra o Programa Brasil Sorridente, administrado pela AMO como clínica-escola, atende às especialidades como ortodontia, prótese, periodontia, endodontia, implante, cirurgia, radiologia, disfunção na articulação têmporo-mandibular, odontopediatria, dentística e odontogeriatría, além da atenção a pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2007).

Para a saúde bucal, esta nova forma de se fazer às ações cotidianas representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio, que visa orientar os profissionais de saúde bucal no âmbito de serviço de saúde pública. Tem o objetivo de retirar a idéia geral de que o tratamento odontológico é sinônimo de status social, e dessa forma, calcula-se a possibilidade no aumento da cobertura do campo de trabalho no alcance das medidas de caráter coletivo e, finalmente, a redução significativa dos índices de CPOD no País. Tem-se, então, uma nova e arrojada forma de promoção de saúde a serviço de todos, em todos os níveis de atenção, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Tabela 2, constam as características do autoconhecimento: equipe profissional, ambiente, identificação dos fatores endógenos e a durabilidade dos implantes, segundo a opinião dos pacientes que realizaram o tratamento reabilitador com implante dentário. Os fatores influenciam diretamente no sucesso do tratamento, pois, podem haver falhas biomecânicas, protéticas, estéticas, funcionais e de higienização, como afrouxamento do parafuso, fratura nos componentes protéticos ou implantares, perdas ósseas ou periimplantares por falta de cuidados de higiene caseira (BOTTINO et al, 2007). Existe também a influência de outros eventos, como processos patológicos tardios,

gerados por infecção marginal, uso de medicamentos, diabetes mellitus, alterações vasculares, respostas hiperinflamatórias denominadas fatores endógenos (MAGINI, 2004).

Verifica-se que, no que tange ao autoconhecimento dos pacientes de implantodontia, apenas 5% não sabiam quantos elementos dentais já perderam, sendo 95% desses conscientes da própria situação dentária. Os motivos que levaram às perdas dentais, para 86,5% deles, são por cárie e problemas gengivais, comprovando a falta de políticas públicas de saúde que visem à prevenção e ao atendimento dos indivíduos adultos. Apenas 13,5% tiveram perdas dentais por trauma ou fratura, que são acidentes, dos quais podem-se incluir acidentes domésticos, quedas, acidentes de trânsito, etc.

A cárie é a doença mais comum na cavidade bucal, é causada pelos fatores etiológicos: hospedeiro, microbiota e dieta, além de fatores socioeconômicos como a renda, essa é o principal responsável pelas perdas dos elementos dentais (FERREIRA et al., 2005). O IBGE (2007) revelou um número expressivo, estimado em 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca consultaram dentista, apresentando-se as maiores proporções nas crianças menores de 4 anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%). Mais uma vez fica registrado o importante efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde. A porcentagem que nunca consultou dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até um salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de vinte salários mínimos.

Tabela 2 Características do conhecimento dos pacientes de implantodontia de clínicas particulares do município de Francisco Beltrão, Paraná, 2007

	N=22	%
Perdas dentárias superiores		
Total	11	50
Parcial	01	4,5
Não respondeu	01	4,5
Perdas dentárias inferiores		
Total	07	32
Parcial	01	4,5
Não respondeu	01	4,5
Prováveis causas das perdas		
Lesões de cárie	16	73
Problemas gengivais	03	13,5
Trauma	02	09
Fratura	01	4,5
Fatores que contribuíram para as perdas		
Falta de tratamento odontológico especializado	14	64
Falta de conhecimentos dos problemas relacionados pela ausência de dentes.	08	36
Falta de condições financeiras	10	45
Acesso aos profissionais da área	03	14
Falta de orientação sobre os cuidados com higiene bucal	07	32
Ambiente		
Equipe profissional habilitada	02	09
Estrutura física e suporte tecnológico	01	4,5
Todas as alternativas	19	86,5
Fatores endógenos que influenciam		
Todos os fatores endógenos	08	36
Parte dos fatores endógenos	14	64

BAIN e MOY (1993), ao analisarem 2194 implantes de Branemark ao longo de seis anos, concluíram que o percentual de fracasso dos implantes em fumantes era significativamente mais elevado se comparado ao dos não fumantes. E sugerem que o uso do tabaco seja suspenso uma semana antes e por dois meses após a colocação dos implantes. Para o paciente, esta conduta pode parecer irreal, mas biologicamente ela se faz necessária. Estatisticamente, o uso do tabaco leva a uma perda considerável de implantes, que pode chegar ao dobro das ocorridas em pacientes não fumantes (GRAÇA e GRAÇA, 1997).

Segundo PEREIRA (2007), a durabilidade depende do conjunto de fatores, que associados vão responder diretamente aos resultados do tratamento bucal, 91% dos entrevistados concordam que o sucesso do implante depende da sua localização na boca, da colaboração do paciente em fazer uma boa higiene bucal e de suas visitas regulares ao dentista. SEMINA (2007) demonstra que os resultados dos implantes odontológicos são significativos, alcançando uma taxa de sucesso de 95% de permanência osseointegrados após dois anos e dependendo dos fatores acima citados em geral duram de 10 a 20 anos. Em contrapartida, o Instituto Brasileiro de Implantodontia (IBI, 2009) afirma que se não forem perdidos nos dois primeiros anos, durarão toda a vida do paciente. Por sofrerem mais estresse e serem mais utilizados, os implantes dos molares não costumam durar tanto tempo quanto os implantes localizados na parte frontal de sua boca, assim, necessitam de maiores cuidados por parte do paciente (COLGATE, 2007).

A Tabela 3 apresenta as expectativas e objetivos dos pacientes que realizaram implantes dentais, as influências geradas pelo tempo do tratamento e as dificuldades encontradas frente ao ato cirúrgico para reabilitação bucal. As expectativas tiveram respostas somatórias, 45% dos pacientes assinalaram até quatro alternativas, expondo que o tratamento reabilitador com implantes dentários são utilizados para a satisfação de mais de um problema bucal, e 23% responderam de duas a três alternativas, somando-se 68% com mais de uma expectativa referente à conclusão do tratamento dentário.

Essas expectativas se refletem basicamente em duas áreas: funcionalidade e estética, o que também já foi apontado em estudo de SCALON (2006). Uma expectativa realista traduz-se em um paciente colaborador e ativamente participante do tratamento. Isto facilita a obtenção de um resultado final satisfatório e, por conseguinte, de um prognóstico melhor (SENDYK e SENDYK, 2004), que pode ir desde o alívio da dor, a busca de apoio emocional, o alívio da ansiedade, o restabelecimento da função estética e mastigatória, até a busca pela

aprovação social e o restabelecimento do seu autoconceito enquanto cidadão (MARQUES, 2000).

Ao iniciar o tratamento, 64% não sabiam o número de dentes que necessitavam implantar, indicando que foi realizado planejamento com o cirurgião dentista e que o paciente, em geral, estava ciente dos benefícios reais oferecidos pelo tratamento reabilitador. Parece confirmar que os profissionais estão esclarecendo adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, segundo o Código de Ética Odontológico (ODONTOLOGIA, 2003).

O tempo do tratamento revelou que não influencia na escolha pelo implante dentário, pois, 63,5% afirmaram não fazer diferença a quantidade de tempo para término do procedimento completo, ato cirúrgico e instalação das próteses. Conforme o comentário “depende da qualidade óssea e do aperto do implante” (C), verifica-se que há um nível de conhecimento elevado nas questões relativas ao tempo de tratamento. Isso demonstra que apesar do resultado ser de indiferença, há certa expectativa relativa ao término do tratamento por parte dos pacientes. SCALON (2006) revela que para muitos pacientes, a necessidade de estar sem a prótese durante um período de tempo, após a instalação dos implantes, pode ser considerada inconveniência em função do convívio social e atividades profissionais, mas diante do efeito favorável do tratamento, e do interesse partir do paciente, as desistências são mínimas.

ALVES (2007) destaca as várias vantagens que o implante dentário oferece; durabilidade, praticidade, pois não solta durante a mastigação, como as próteses convencionais, bem como propicia maior conforto, segurança e eficiência, melhora a fonação e a estética favorável, portanto, verificam-se grandes melhorias; e por fim estética, sendo que, na maioria dos casos, o efeito é muito favorável.

Quando se perdem dentes, a musculatura fica frouxa, dando a impressão de ‘lábio caído’, o que influencia na estética facial, na autoestima e na força da mastigação. Existem vários estudos que relatam a formação de gengiva após a instalação de implantes. O paciente, depois de colocar os implantes pode mastigar sem preocupação, sem precisar tirar próteses removíveis, ir a qualquer lugar, falar e morder com total segurança que somente os implantes dentários podem oferecer (SCALON, 2006).

Tabela 3 Características das expectativas e objetivos dos pacientes de implantodontia de clínicas particulares do município de Francisco Beltrão, Paraná, 2007

	N=22	%
Tempo para conclusão do tratamento		
24 horas	01	4,5
2 a 8 meses	06	27,5
Não faz diferença o tempo	14	63,5
Não respondeu	01	4,5
Quantos implantes serão feitos		
Não sabe	07	32
Sabe	14	64
Não respondeu	01	04
Motivos que levaram a realização do implante dentário⁵		
Estética	12	55
Mastigação e fonação	17	77
Estabilidade resultando em conforto	09	41
Auto-estima, emocionais e psicológicas		
Não desgastar os dentes laterais	10	45
Não respondeu	01	4,5
Respondeu todas as alternativas	01	4,5
Dificuldades enfrentadas⁶		
Medo do ato cirúrgico	06	27,5
Medo da anestesia	01	4,5
Medo de não obter sucesso frente as expectativas	01	4,5
Dor após a cirurgia	03	14
Tempo para conclusão do tratamento	02	09
Fator financeiro (custo)	08	36,5
Não tive dificuldades	08	36,5

^{5,6} O número de respostas não corresponde ao número de pessoas. As respostas não são excludentes.

No momento da escolha pelo tratamento reabilitador com implantes dentários, 36,5% não tiveram qualquer dificuldade, os demais apresentaram, pelo menos, uma dificuldade, destacam-se: o medo cirúrgico e o fator financeiro.

O medo do ato cirúrgico está relacionado com as expectativas, dúvidas e temores a respeito do que irá acontecer. É importante que o paciente seja preparado para a cirurgia e tenha confiança no profissional que irá atendê-lo (PASCHOAL e GATTO, 2006; ROMANO, 1998). Normalmente, a cirurgia demora entre 60 a 90 minutos. Somente em casos excepcionais esse tempo é excedido. É realizada com anestesia local e é muito mais simples que outros procedimentos cirúrgicos dentários, como a extração de um dente incluso. O pós-operatório é muito bom e a maioria dos pacientes não relata qualquer incômodo (PEREIRA, 2007).

Os principais relatos a esse respeito foram:

“Foi tudo tranquilo (E)”;

“Todos os benefícios, não tenho insatisfações (M)”;

“Bem, gostaria de dizer que meu implante ficou ótimo e não inchou nem doeu nem na hora nem depois (...) (J)”

“Se o SUS fizesse esse tratamento ou cirurgia. Seria uma maravilha porque teriam muitas pessoas que iriam fazer. Porque não faz, por falta de condição (C)”.

No cotidiano dos indivíduos, devido aos avanços na área de odontologia, dificilmente um paciente ficará sem os dentes, um dos empecilhos é a questão financeira (ALVES, 2007). Nota-se que, o implante dentário é um procedimento realizado basicamente em consultórios particulares, normalmente não disponibilizado por outras vias, por serem considerados apenas seus benefícios estéticos. Porém, esta pesquisa revela razões funcionais com maior porcentagem do que os estéticos. Evidenciando que, tanto as políticas públicas quanto os planos de saúde odontológicos deveriam ter disponíveis este tipo de atendimento, quando comprovada a sua utilização funcional, para beneficiar cidadãos com menor renda.

Segundo o IBGE (2007), o atendimento odontológico é o que mais se diferencia dos demais, com apenas 16,5% dos atendimentos com pagamento por plano de saúde e 46,9% com pagamento em dinheiro. A alta frequência de atendimentos pagos em dinheiro sugere que, em boa medida, a população que faz uso de serviços odontológicos é de um estrato social superior (ALVES, 2007).

Para isso, o Programa Brasil Sorridente tem como meta a construção de 400 centros de referência odontológica em todo o País,

até 2006. Até o lançamento do Brasil Sorridente, em março em 2006, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos pelo SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade dos procedimentos era de tratamento básico, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor e restauração (BRASIL, 2007). Levando em conta o ativo processo de descentralização que hoje caracteriza o Sistema de Saúde do País, sugere-se que ações específicas de saúde bucal para todas as idades devem ser inseridas o quanto antes nos programas de saúde municipalizados, para que se possa, em um futuro breve, mudar o panorama do edentulismo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa de campo revelou que os pacientes têm conhecimento, objetivos e expectativas satisfatórias sobre a implantodontia. O resultado certamente foi influenciado por fatores como: escolaridade, renda e faixa etária e corresponderam aos níveis elevados, pois os pacientes possuíam maior acessibilidade, interesse e condições financeiras para melhorar sua qualidade de vida.

O desejo de resolver problemas de mastigação, fonação, estabilidade e a não sobrecarga nos dentes laterais, somado à necessidade de melhorar a imagem pessoal, emocional, o lado psicológico e o conforto confirma os benefícios esperados com a implantodontia através dos itens de funcionalidade e estética.

Houve pouco receio quanto à realização do implante, pelo ato cirúrgico, já a questão financeira foi um dos itens de dificuldade, encontrados pelos pacientes. Provando que cada vez mais a integração profissional-paciente leva a uma receptividade no tratamento necessário e desmistifica o atendimento odontológico e que o custo elevado do procedimento é um fator limitador da procura por este tipo de atendimento/serviço.

Percebe-se ausência de ações de promoção à saúde bucal, pela participação cada vez maior dos dentes extraídos, aliados à falta de assistência odontológica por carência de recursos próprios ou falhas no atendimento social, refletidos nos péssimos níveis de saúde bucal observados nas faixas etárias adultas e idosas. Transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passa a sociedade brasileira divergem com as condições de vida e saúde da população, ao mesmo tempo em que geram novas demandas para o sistema de saúde do País, pressionando-o no sentido de adaptar-se ao novo perfil de necessidades.

Cria-se a necessidade de métodos que possibilitem a divulgação e o aprendizado direcionados a cada faixa etária, de modo que, sensibilizem e criem hábitos saudáveis, a fim de se diminuir e evitem-se as doenças e perdas dentais por falta de higiene. Nesse campo, pode-se envolver toda a família para que as informações e práticas sejam perpetuadas, já que, na família, vinculam-se todos os aprendizados e a continuidade se realiza por si só. Existe a necessidade de criarem-se mecanismos de acesso ao tratamento odontológico e a reposição dos ‘dentes perdidos’ para que a população diminua o número de morbidades ocasionadas pela ausência desses e obtenha melhor qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. de S.; ARAÚJO, M. V. de A.; ARAÚJO, I. C. de. Atendimento odontológico no SUS: Manual para o cirurgião dentista. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/firstpage.asp?id=6>>. Acesso em 15 abr. 2007.

ALVES, G. Implante solução de sucesso. Disponível em: <http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/noticias/2004/noticias_2004_11_07_03.htm>. Acesso em 15 set.2007.

BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. Cadernos de Saúde Pública, v.18, p.755-763. 2002.

BAIN, C. A. e MOY, P.K. The association between the failure of dental implants and cigarette smoking. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, 1993;8:609—615.

BOTTINO, M. A. e TODESCAN, F. F. Planejamento em implantes osseointegrados. In: J. C. DINATO (Ed.), Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

BOTTINO, M. A., VASCONCELLOS, D. K. D., FARIA, R; et al. Manutenção de próteses implantossuportadas e avaliação do sucesso do tratamento com implantes osseointegrados. . In: P. S. P. D. CARVALHO (Ed.). Gerenciando os riscos e complicações em implantodontia. São Paulo: Santos, 2007. Manutenção de próteses implantossuportadas e avaliação do sucesso do tratamento com implantes osseointegrados, p.205-222

BRASIL. Programa Brasil Sorridente. C. D. E. Odontológicas: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=19294. 2007.

- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 2004.
- CARVALHO, A. T. Medindo desigualdades sociais na mortalidade: uma comparação de métodos no município de São Paulo. (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2004. 383 p.
- COLGATE. Saúde bucal em qualquer idade. O que são implantes dentários. São Paulo, 2007.
- DIAS, A. A. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Livraria e Editora Santos. 2007.
- DUARTE, E.C.; SCHNEIDER, M.C.; PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W.M.; Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília:DF: OPAS. 2002. 118 p.
- FERREIRA, J. M. S., MASSONI, A. C. D. L. T., et al. Conhecimento de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, p.381-388. 2005.
- GRAÇA, N. J. F. E GRAÇA, T. C. A. Avaliação dos efeitos nocivos do fumo na osseointegração. Revista do Instituto Brasileiro de Implantodontia, v.7, n.º.15, p. 17-19, maio/jun, 1997., v.7, n.15, maio/jun., p.17-19. 1997.
- HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. Ciência & Saúde Coletiva, v.12, p.1051-1056. 2007.
- IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: análise dos resultados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.
- IBI. Instituto Brasileiro de Implantodontia. Informações para seu paciente sobre implantes osseo-integrados. Disponível em: < <http://www.ibi.org.br/Artigos/a27.htm>> Acesso em 16 abr.2009.
- LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S.; GIATTI, L.; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública, v.19, p.745-757. 2003.
- MAGINI, R. D. S. Considerações periodontais no planejamento da osseointegração. In: J. C. DINATO (Ed.). Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. São Paulo: Artes Médicas, 2004. Considerações Periodontais no Planejamento da Osseointegração, p.81-103
- MARQUES, C. M. D. S. Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2000

MORAES, R. M. B. Implante dentário. http://www.doctoredoctor.com.br/dentista/paginas.asp?cod_pagina=18. 2007.

ODONTOLOGIA, C. F. D. Código de ética odontológica. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução-179/91 e aprova outro em substituição. Presidente: Miguel Álvaro Santiago Nobre. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2003.

PASCHOAL, M.L.H.; GATTO, M.A.F. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, 2006

PEREIRA, S. Implantes ósseointegrados. <http://www.clinicaprevidente.com/servicos/implantes.asp>. 2007.

PINTO, V.G.. Saúde bucal no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 17, n. 4, Aug. 1983.

RIBEIRO, S. O., J. C. De. Restaurações unitárias planejamento e execução. In: J. C. DINATO (Ed.). *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. Restaurações unitárias planejamento e execução, p.139-166.

ROMANO, B.W. Aspectos Psicológicos e sua importância na cirurgia cardíaca das coronárias. In: N.A.G. Stolf & A.D. Jatene. (Orgs.). *Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária*. São Paulo:Atheneu, 1998.

ROSA, A.G.F.; FERNANDEZ, R.A.C.; PINTO, V.G.; RAMOS, L.R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v.26, p.155-160. 1992.

SCALON, M. *Implantes e periodontia*. Rio de Janeiro: Artes Médicas. 2006

SEMINA. Ciências biológicas e da saúde. Londrina: http://www.uel.br/proppg/semina/pdf/semina_25_1_20_13.pdf. 25: 9-22 p. 2007.

SENDYK, W. R. E SENDYK, C. L. Restaurações totais fixas: planejamento e execução. In: J. C. DINATO (Ed.). *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese*. São Paulo: Artes Médicas, 2004. Restaurações totais fixas: planejamento e execução, p.215-242.

DA SILVA, D.D.; SOUSA, M.da L.R.de; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, p.1251-1259. 2005.

TAVARES, C. A. E. A integração ortodontia-implantodontia. In: J. C. DINATO (Ed.). *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese*. São Paulo:

Artes Médicas, 2004. A integração ortodontia-implantodontia, p.111-138

VEDOVATO, E. e CHILVARQUER, I. “Overdenture” (sobre-dentadura): como e quando?. In: J. C. DINATO (Ed.). Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. São Paulo: Artes Médicas, 2004. “Overdenture” (sobre-dentadura): como e quando?. p.189-214

WAMBIER, D. S. Odontologia preventiva. Santos: SP. 2003

YIN, R. B. Estudo de caso: planejamentos e métodos. Porto Alegre: Bookman. 2005.

QUESTIONÁRIO:

IDENTIFICAR A IMPORTÂNCIA DO IMPLANTE DENTÁRIO EM RELAÇÃO À QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Pesquisadora Responsável: Lirane Elize Ferreto (46) 35241661 ramal 4230
Pesquisadora acadêmica: Josaine Barbara Fae (46) 35240047

Prezados senhores e senhoras que são atendidos nas Clínicas Particulares, participantes do projeto de pesquisa acima mencionado, gostaríamos de contar com vossa colaboração em responder ao questionário abaixo para que a acadêmica em Economia Doméstica Josaine Barbara Faé consiga concluir seu curso graduação. Informamos que os dados aqui respondidos não serão revelados, não serão divulgados individualmente, e sim no contexto dos dados e publicados em artigo científico. Também vale ressaltar que os senhores não serão obrigados a responder às questões, isto não implica paralisação, mau atendimento, danos do seu tratamento, se achar que podem contribuir com nossa pesquisa. Desde já agradecemos a sua colaboração em responder ao questionário, o qual, quando obtiver o resultado final, será apresentado à sociedade como uma proposta de implementação de políticas públicas de saúde que invistam neste tipo de tratamento para atingir um maior nível de pessoas possíveis, visando ao bem-estar social.

Agora serão feitas algumas perguntas relacionadas a sua vida pessoal e socioeconômica.

1. GÊNERO: ()Feminino ()Masculino
2. FAIXA ETÁRIA: ()18 a 28 anos ()29 a 38 anos ()39 a 48 anos
()49 a 58 anos ()59 a 68 anos ()69 anos ou mais
3. GRAU DE ESCOLARIDADE: ()Básico - 1 a 4 séries completo ()Básico - 1 a 4 séries incompleto ()Fundamental - 5 a 8 séries completo
()Fundamental - 5 a 8 séries incompleto ()Médio - 2º grau completo
()Médio - 2º grau incompleto ()Superior - 3º grau completo
()Superior - 3º grau incompleto
4. RENDA MENSAL: ()Até 1 salário mínimo ()De 1 a 2 salários mínimos
()De 2 a 4 salários mínimos ()De 4 a 6 salários mínimos ()De 6 a 8 salários mínimos ()Acima de 9 salários mínimos
5. NÚMERO DE FILHOS: ()Nenhum ()1 ()2 ()3 ()4 ()5
()6 ou mais

Agora o senhor (a) irá responder perguntas específicas sobre o implante dentário.

6. O (A) SENHOR (A) SABE QUANTOS DENTES FORAM EXTRAÍDOS DO ARCO SUPERIOR:
()Não sei ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10
()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()Todos
7. O (A) SENHOR (A) SABE QUANTOS DENTES FORAM EXTRAÍDOS DO ARCO INFERIOR:
()Não sei ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10
()11 ()12 ()13 ()14 ()15 ()Todos
8. PROVÁVEIS CAUSAS DAS PERDAS DENTÁRIAS:
()Cárie ()Problemas gengivais ()Trauma ()Fratura
()Congênita/agenesia
9. FATORES QUE CONTRIBUÍRAM PARA AS PERDAS DENTÁRIAS:
() Falta de tratamento odontológico especializado;
() Falta de conhecimentos a respeito dos problemas relacionados pela falta dos dentes;
() Falta de condições financeiras para o tratamento adequado;
() Distância para acessar profissionais da área odontológica;
() Falta de orientações sobre cuidados com higiene.

10. VOCÊ ACHA QUE O IMPLANTE DENTÁRIO TERÁ A MESMA FUNÇÃO E DURABILIDADE DA RAIZ DENTAL NATURAL: () Sim () Não

11. CONHECIMENTO ACERCA DO AMBIENTE ONDE SERÁ REALIZADO O IMPLANTE DENTÁRIO:

- () O procedimento será realizado com profissional habilitado;
() O consultório ou clínica possui estrutura física e suporte tecnológico para tal procedimento;
() O consultório possui sistema de biossegurança;
() Todas as alternativas.

12. VOCÊ ESTÁ CIENTE DOS RISCOS ENDÓGENOS QUE EXISTEM E QUE INFLUENCIAM NO SUCESSO DO TRATAMENTO COM O IMPLANTE DENTÁRIO:

- () Quanto a quantidade de osso () Quanto a qualidade do osso () Quanto ao uso do álcool () Quanto ao tabagismo () Drogas () Cooperação () Diabetes melito
() Dietas severas () Tratamento periodontal

13. VOCÊ ACHA QUE A DURABILIDADE DO IMPLANTE DENTÁRIO DEPENDE:

- () Somente da equipe profissional, habilidade e suporte técnico
() Somente do paciente, fatores endógenos e cuidados com a higienização
() É uma somatória dos dois fatores

14. EXPECTATIVAS FRENTE AO TRATAMENTO COM O IMPLANTE DENTÁRIO:

- () Estética/imagem pessoal () Funcionalidade/mastigação () Fonação
() Estabilidade () Conforto () Emocional/psicológico () Não estabelecer sobrecarga dos dentes laterais

15. QUANTOS IMPLANTES SERÃO FEITOS:

- () Não sei () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ou mais

16. QUAL É A ESTIMATIVA DE TEMPO PARA A CONCLUSÃO DO TRATAMENTO (FASE CIRÚRGICA E INSTALAÇÃO DA PRÓTESE):

- () 24 horas () 72 horas () 2 meses () 4 meses () 5 meses () 6 a 8 meses

17. QUAL É A ESTIMATIVA FINANCEIRA, A DIFERENÇA ENTRE TRATAMENTO CONVENCIONAL (PRÓTESE) E O TRATAMENTO REABILITADOR COM IMPLANTE (PRÓTESE IMPLANTO-SUPPORTADA), POR IMPLANTE:

- () Menos de R\$ 350,00 () R\$ 400,00 () R\$ 450,00 () R\$ 500,00 () R\$ 550,00
() R\$ 600,00 () R\$ 650,00 () R\$ 700,00 () R\$ 750,00 () R\$ 800,00
() R\$ 850,00 () R\$ 900,00 () R\$ 950,00 () Mais de R\$ 1.000,00

18. QUAIS FORAM OS MOTIVOS QUE LEVARAM O SENHOR(A) A REALIZAR O IMPLANTE DENTÁRIO:

- () Melhorar a estética () Melhorar na mastigação e na fonação
() Permitir maior estabilidade resultando em conforto no uso da prótese

() Para melhorar a auto-estima, como instabilidades emocionais e psicológicas () Não desgastar os dentes laterais

19. SE JÁ FEZ IMPLANTES DENTÁRIOS, QUAIS OS BENEFÍCIOS QUE O SENHOR(A) PODERIA CITAR NA UTILIZAÇÃO DESTA TÉCNICA:

- () _____
() _____
() Não sei

20. SE FOSSE NECESSÁRIO, FARIA NOVAMENTE IMPLANTES DENTÁRIOS:

- () Sim () Não

21. QUAL FOI, EM SUA OPINIÃO, A(S) MAIOR(ES) DIFICULDADE(S) AO REALIZAR O IMPLANTE DENTÁRIO:

- () Medo do ato cirúrgico () Medo da anestesia () Medo de não obter sucesso frente as expectativas () Dor após a cirurgia () Tempo para conclusão do tratamento () Fator financeiro (custo) () Não tive dificuldades

Desejaria deixar algum comentário a respeito da pesquisa ou do tratamento, por favor, utilize as linhas abaixo. Desde já agradecemos a sua colaboração, qualquer dúvida ou necessidade de maiores informações, entre em contato conosco que estaremos à inteira disposição para responder vossos questionamentos.

Data: ____/____/____

Responsável pela aplicação do questionário: _____

Clínica _____



Versão eletrônica disponível na internet:

www.unioeste.br/saber