

Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa

Reasons for and consequences of tooth loss in adults and elderly people in Brazil: a qualitative metasynthesis

Gabriel Fernandes Pellegrini Cortez (<https://orcid.org/0000-0002-1518-8195>)¹

Gabriela Zanchi Barbosa (<https://orcid.org/0000-0001-8099-0769>)²

Luísa Helena do Nascimento Tôrres (<https://orcid.org/0000-0003-0740-2785>)²

Beatriz Unfer (<https://orcid.org/0000-0002-8598-0671>)²

Abstract *The objective was to analyze and systematize evidence reported in qualitative studies on the reasons and consequences of tooth loss in adults and elderly people in Brazil. A systematic review of the literature on qualitative research methods and a meta synthesis of the results were performed. The study population consisted of adults over 18 years of age and elderly people in Brazil. Searches were performed in the BVS, PubMed, Scopus, Web of Science, BBO, Embase, EBSCO and SciELO databases. The thematic synthesis identified 8 analytical themes regarding reasons for tooth loss and 3 analytical themes regarding consequences of tooth loss. Dental pain, care model, financial situation and desire for prosthetic rehabilitation were determining factors for extractions. There was recognition of negligence in oral care, and the naturalness of tooth loss was linked to old age. Missing teeth caused psychological and physiological impacts. It is imperative to verify whether the factors that cause tooth loss persist, and how much those factors influence decisions to extract teeth among current young and adult populations. It is necessary to change the care model through the inclusion and qualification of oral health care for the young and elderly adult populations; otherwise, the model of dental mutilation and the culture of edentulism will persist.*

Key words *Tooth loss, Adults, Elderly, Qualitative metasynthesis*

Resumo *O objetivo foi analisar e sistematizar evidências levantadas por estudos qualitativos sobre razões e consequências de perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil. Foi executada revisão sistemática da literatura de pesquisas de métodos qualitativos, e metassíntese dos resultados. A população de estudo foi de adultos acima de 18 anos e idosos brasileiros. Foi realizada busca nas bases de dados BVS, PubMed, Scopus, Web of Science, BBO, Embase, EBSCO e SciELO. A síntese temática definiu oito temas analíticos sobre razões das perdas dentárias e três temas analíticos sobre as consequências. A dor dentária, o modelo de atenção, a situação financeira e o desejo de reabilitação protética foram fatores determinantes para as exodontias. Houve reconhecimento da negligência com o cuidado bucal e da naturalidade das perdas dentárias ligada à velhice. Dentes perdidos causaram impactos psicológicos e fisiológicos. É imperativo verificar se os fatores que causaram as perdas dentárias persistem, e quanto influenciam as decisões de extrair dentes na população jovem e adulta atual. Há que se mudar o modelo de atenção pela inclusão e qualificação da atenção em saúde bucal da população adulta jovem e idosa, sob pena de persistir o modelo de mutilação dentária e a cultura de edentulismo.*

Palavras-chave *Perda dentária, Adultos, Idosos, Metassíntese qualitativa*

¹ Centro Universitário de Patos de Minas. R. Maj. Gote 808, Caiçaras. 38700-107 Patos de Minas MG Brasil.

jaws_gb@hotmail.com

² Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria RS Brasil.

Introdução

Apesar da evolução da odontologia e dos métodos preventivos de doenças bucais, as perdas dentárias ainda constituem uma situação preocupante em nível mundial, principalmente na população adulta e idosa. No Brasil, de acordo com os dados do último levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, os dentes perdidos correspondiam a 45% e 92% dos componentes do índice CPOD, respectivamente, para esses dois grupos etários¹.

Estudos com dados quantitativos a respeito da alta prevalência de dentes perdidos são encontrados na literatura científica e comprovam esta situação^{2,3}. No entanto, a compreensão sobre as situações vivenciadas pelas pessoas no seu cotidiano de vida é melhor contemplada com pesquisas de cunho qualitativo, que proporcionam uma apreensão mais profunda de suas percepções, motivações, experiências e interpretações dos fenômenos que afetam suas vidas⁴⁻⁶.

As perdas dentárias representam diminuição da qualidade de vida, associada a comprometimentos funcionais de mastigação e fonação, além de causar alterações psicológicas e sociais, como perda da autoestima e de *status* social. E a perspectiva de reabilitações bucais contribui positivamente para o retorno à normalidade em termos de rir, conversar e desfrutar do prazer de comer⁷. Contudo, a insatisfação de indivíduos com a prótese removível pode ser acentuada, principalmente quando apresenta instabilidade e falta de retenção, frustrando o pretendido retorno a uma condição social e funcional adequada⁸. Nesse aspecto, o sistema público de saúde deve garantir intervenções para prevenir e controlar as doenças bucais, considerando principalmente as pessoas com a saúde geral comprometida, as minorias étnicas e de baixa renda⁹, e assegurar que o acesso à reabilitação bucal ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) seja amplo e de qualidade⁸. Até o momento não há na literatura nacional estudos que sintetizem a situação brasileira de perdas dentárias em adultos e idosos, analisando-a do ponto de vista da pesquisa qualitativa.

Assim, as perguntas norteadoras deste estudo foram: (1) quais as evidências levantadas por estudos qualitativos sobre as razões das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil? (2) Qual o significado e o impacto das perdas dentárias na vida dessas pessoas? A compreensão das percepções, circunstâncias e impactos que envolvem as perdas dentárias em adultos e idosos torna-se preponderante para o manejo adequado de ações

de prevenção e de recuperação da saúde bucal desses grupos populacionais, com vistas a ajustar execução das políticas públicas de saúde bucal existentes no Brasil.

O objetivo deste estudo foi analisar e sistematizar as evidências levantadas por pesquisas de método qualitativo sobre as experiências de perdas dentárias vivenciadas por adultos e idosos no Brasil, considerando as razões e consequências da situação para esses grupos populacionais.

Método

Desenho

Foi conduzida uma revisão sistemática de estudos qualitativos que abordaram o fenômeno das perdas dentárias e suas razões e consequências na população adulta e idosa brasileira, associada à metassíntese dos resultados desses estudos. A metassíntese consiste no exame e na interpretação rigorosa das pesquisas qualitativas e seus achados, permitindo o esclarecimento de conceitos e padrões e produzindo uma interpretação nova e integrativa das investigações individuais⁶.

A síntese temática foi o método utilizado, com base em Thomas e Harden¹⁰, para reunir estudos primários que analisam os fenômenos vivenciados pelas pessoas a partir do seu ponto de vista.

A revisão sistemática da literatura seguiu as diretrizes da Declaração ENTREQ¹¹ (Material Suplementar 1, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>).

Estratégia de busca

Foi realizada a busca eletrônica nas bases de dados BVS, PubMed, Scopus, Web of Science, BBO, Embase, EBSCO e SciELO entre maio e setembro de 2020 e entre março e abril de 2021. O segundo período de busca foi estratégico para incluir e atualizar a recuperação de artigos nas bases de dados. Também foi feita busca manual nos artigos recuperados eletronicamente para garantir que não houvesse perdas de estudos relevantes, mas nenhum artigo foi acrescentado.

Os termos utilizados nas bases de dados foram: “idosos”, “adultos”, “perda dentária”, “perda de dente”, “autopercepção”, “edentulismo”, “acesso aos serviços de saúde”, e “autoimagem” com o operador booleano “OR” entre eles, combinado com “pesquisa qualitativa” usando o operador booleano “AND”. Os termos, nos idiomas por-

tuguês, inglês e espanhol, foram utilizados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) da Biblioteca Virtual em Saúde¹².

Crítérios de seleção

Os critérios de inclusão aplicados foram: estudos primários de método qualitativo ou misto; população brasileira de 18 anos ou mais; publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, sem limite de tempo relativo ao período de publicação. Os critérios de exclusão foram: pesquisa quantitativa; população menor de 18 anos; teses ou dissertações; resumos de eventos; capítulo de livro; editoriais; outros idiomas.

Na etapa de identificação foram recuperados 2.176 artigos das bases de dados por três pesquisadores (GC, GB e BU). Os títulos foram colocados em um arquivo Word, preservando a formatação do texto como *link* de acesso para resumo e texto completo, e organizados alfabeticamente de modo a identificar os artigos duplicados. Excluídas as duplicatas, restaram 1.182 artigos, cujos títulos foram avaliados e excluídos aqueles que identificavam população não brasileira, os que estudavam grupos populacionais com doenças e agravos (como diabete, câncer e fissuras labiopalatais), as revisões de literatura e um dos títulos que aparecia em dois idiomas. Dessa primeira etapa da triagem restaram 269 artigos. Pela avaliação do resumo foram excluídos estudos quantitativos, estudos com foco em temas como reabilitação protética, obesidade, estado nutricional e velhice, restando 99 para serem analisados na forma de texto completo.

Elegibilidade

Após a recuperação e leitura dos textos completos (99), a elegibilidade foi baseada na presença de respostas às questões-problema e a citações dos participantes. No entanto, nessa etapa foram encontrados estudos sem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com falta de qualidade de redação técnica e científica, ausência do método qualitativo na apresentação dos dados e na análise e interpretação dos resultados, ocasionando a exclusão de 79 estudos. Foram então eleitos 20 trabalhos para a síntese qualitativa, sendo então submetidos ainda a uma análise da qualidade metodológica por meio do JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research¹³. O Instituto Joanna Briggs recomenda que os estudos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no protocolo de pesquisa devem ser

avaliados considerando a qualidade metodológica e a possibilidade de viés, tanto no desenho e na condução do estudo como na análise dos resultados¹³. A opção de aplicar a análise nessa etapa se deve ao fato de que as questões para avaliação metodológica presentes no questionário são básicas para a elegibilidade (Material Suplementar 2, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>).

As etapas de busca, seleção e recuperação dos estudos primários foi efetuada por dois pesquisadores independentes (GC e GB) e reavaliada por uma terceira pesquisadora com experiência em pesquisa qualitativa (BU). A avaliação da qualidade dos estudos foi feita por três pesquisadoras (GB, LT e BU). As diferenças entre os avaliadores foram resolvidas por consenso.

Extração, análise e síntese dos dados

O método da síntese temática, recomendado por Thomas e Harden¹⁰, foi utilizado para a extração e a análise dos dados. A síntese é constituída de três estágios: codificação livre dos dados linha por linha, organização dos códigos livres em áreas denominadas temas descritivos e desenvolvimento de temas analíticos.

No primeiro estágio, duas pesquisadoras (GB e BU) independentes leram os 20 estudos primários selecionados, identificados por número, focando nas citações dos participantes. Os depoimentos foram extraídos, linha por linha, para uma planilha do aplicativo Excel, para a constituição do banco de dados, totalizando 369 linhas. Cada conjunto de dados (linhas) era identificado pelo número do artigo de origem.

Na sequência, à esquerda de cada linha foi aplicado um ou mais códigos livres (palavra ou expressão) representativos do significado e do conteúdo dos depoimentos. Como cada linha tinha a identificação da origem do dado, foi possível verificar a consistência da interpretação e efetuar a depuração dos dados, o que resultou em 355 linhas.

Essa etapa foi realizada por duas pesquisadoras (GB e BU) de forma independente e depois reavaliada em conjunto para buscar um consenso, o que gerou novos códigos livres. Como alguns depoimentos podiam conter mais de um código, o número resultante foi de 546 códigos, que, utilizando a funcionalidade do aplicativo, puderam ser adequados quando havia duplicidade de palavras com o mesmo significado (ex.: fala/fonação; mastigação/mastigar/manducação) e organizados de modo a verificar a quantidade

de cada um deles. Quatro foram excluídos por não apresentarem relação com os objetivos deste estudo (fome, saúde geral, velhice, conforto material) e dois foram contabilizados duplamente devido a erro de digitação (aceso/aceso e negligencia/negligência), restando 540 códigos livres.

O estágio seguinte consistiu no estabelecimento dos temas descritivos. Foram analisadas as similaridades e as diferenças dos códigos, de forma que fosse possível agrupá-los em temas relacionados, que receberam novas denominações, caracterizando um processo indutivo. Esse estágio também foi realizado de maneira independente pelas duas pesquisadoras e finalizado posteriormente por consenso (Material Suplementar 3, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>).

A constituição dos temas analíticos se caracteriza por “ir além do conteúdo dos artigos originais”¹⁰. Assim, no terceiro estágio os temas descritivos foram organizados para responder às questões de pesquisa deste estudo, emergindo então os temas analíticos.

Resultados

Avaliação da qualidade dos estudos primários

Todos os estudos (20) atenderam às questões que envolviam coerência entre a perspectiva filosófica declarada e a metodologia de pesquisa, entre a metodologia e os objetivos da pesquisa, e a respeito dos métodos usados para coletar, representar e analisar os dados. Também estavam de acordo com os critérios atuais do Comitê de Ética e as conclusões decorreram da análise ou interpretação dos dados. Sobre a declaração localizando o pesquisador cultural ou teoricamente, e a influência deles na pesquisa e vice-versa, 15 estudos não atenderam a essas questões de avaliação. Em dois estudos os participantes e suas vozes não foram representados adequadamente. Nenhuma pesquisa foi excluída da síntese qualitativa (Material Suplementar 2, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>).

A Figura 1 mostra o diagrama do percurso da seleção dos estudos, que resultou em 20 artigos para a síntese qualitativa.

Características dos estudos primários

Os estudos analisados foram publicados entre 2005 e 2019, a maioria com participantes de am-

bos os sexos, com exceção de dois em que havia apenas mulheres, totalizando 606 indivíduos na faixa etária entre 18 e 80 anos ou mais. A região Sul é representada por 7 estudos, seguida pelo Sudeste (n = 6), Nordeste (n = 5). Um dos estudos não informou a origem dos participantes. Os métodos de coleta e análise dos dados foram, respectivamente, a entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo (Tabela 1).

O agrupamento dos códigos livres em áreas relacionadas resultou em 16 temas descritivos (Material Suplementar 3, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>), que foram organizados e representados graficamente em cinco dimensões hierárquicas, conforme a Figura 2.

A síntese temática definiu oito (n = 8) temas analíticos relativos às razões das perdas dentárias, conforme é mostrado na Figura 3.

Segundo os trabalhos analisados, as razões predominantes das perdas dentárias em adultos e idosos são os obstáculos encontrados para o acesso à assistência odontológica: ou por dificuldade de locomoção, ou por questões financeiras¹⁴⁻²⁵, com a negligência ou falta de informações necessárias para melhor cuidar da saúde bucal^{14-24,26-29} também sendo uma causa de extrema influência. Muitos adultos e idosos entendem e aceitam a circunstância da exodontia pelos motivos citados, e consideram necessário o uso da prótese para facilitar as questões de fala^{15,16,18-20,26,27,29-32} e manducação^{15,16,18,20,26,27,29-32}, mesmo podendo ter problemas com o ajuste ou a adaptação da mesma^{16,18-21,26,27,30,31}. Outro impacto relatado é quanto à estética^{14,17-21,27,29-33}, que interfere inclusive no quesito empregatício^{14,29,33} e provoca o sentimento de tristeza^{17,20,26} após a exodontia.

A sintomatologia dolorosa, principalmente de origem dentária, constituiu um dos fatores determinantes no acesso a um serviço odontológico. E a opção de tratamento com frequência era a exodontia – uma opção intencional para o alívio da dor –, já que após removidos não causariam mais problemas^{14,15,19-22,25,26,30-33}.

A situação financeira das pessoas que necessitavam de tratamento odontológico determinou em grande medida a opção para a extração dentária, pois esse procedimento era acessível. Se as necessidades bucais apresentadas pelas pessoas demandavam tratamentos conservadores, eles eram inviáveis do ponto de vista financeiro, pois a oferta existia apenas no serviço privado^{14,18-22,24,25}.

Todavia, o modelo de atenção no setor público exerceu influência marcante para perdas dentárias, seja porque os serviços odontológicos pú-

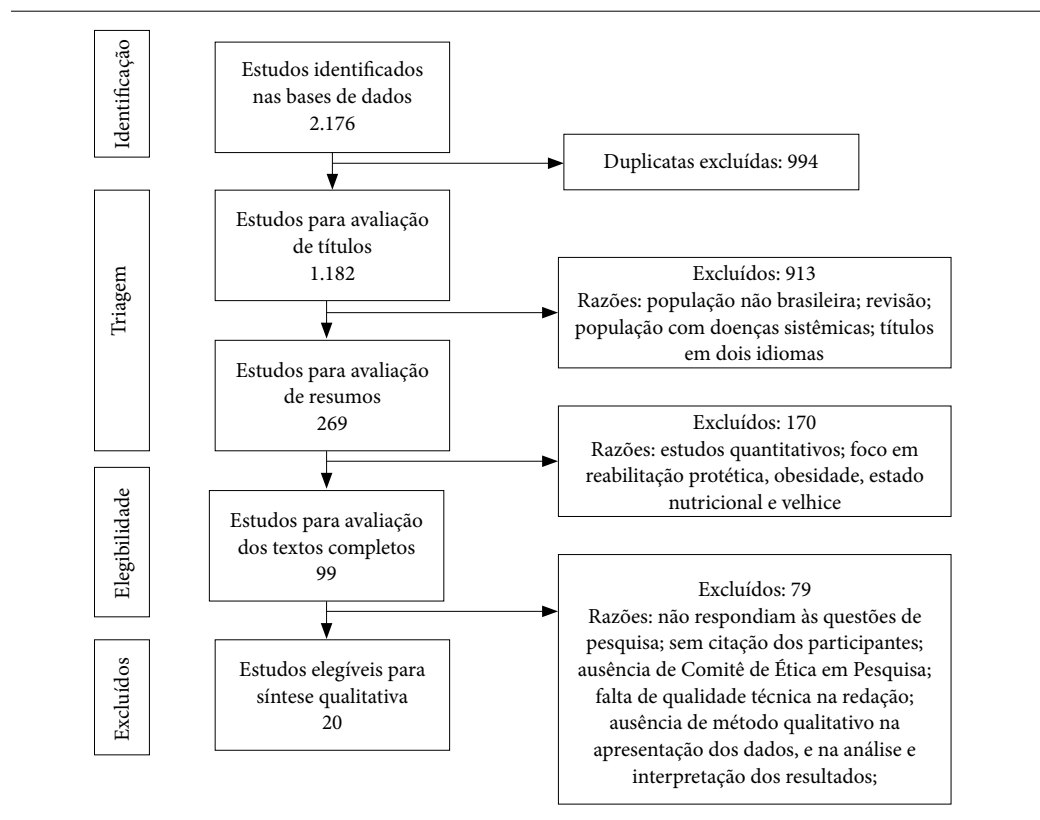


Figura 1. Diagrama do percurso para a inclusão dos estudos.

Fonte: Autores.

blicos ofertavam praticamente só esta alternativa de tratamento^{14,15,17,18,28}, seja porque o cirurgião-dentista determinava que este era o procedimento a ser executado, desconsiderando informações e opções para o paciente^{18-20,22,24}.

O uso intencional de prótese, como desejo, foi um dos fatores que contribuíram para perdas dentárias nesse grupo populacional. Essa busca era motivada principalmente por motivos estéticos, chegando a constituir um marco importante na vida, pelo *status* (símbolo) que conferia aos seus portadores e pela distinção ao receber o aparato para uma ocasião importante, como o casamento^{17,22,28}.

Há reconhecimento da negligência com o cuidado bucal, mas também a imagem da naturalidade das perdas dentárias ligadas à velhice, emergindo o sentimento de resignação^{15,16,20,26,28,30}. O medo do tratamento odontológico pode ser creditado a experiências dolorosas, pessoais ou de terceiros, aliado à falta de informação ou mes-

mo à desinformação sobre saúde bucal e tratamento odontológico^{15,18,19,26,28}.

As consequências das perdas dentárias foram sintetizadas em três temas analíticos e desdobrados em subtemas, conforme mostra a Figura 4.

O impacto causado pelas perdas dentárias observado nos estudos se refere a repercussões fisiológicas causadas pelas perdas dentárias relativas à manducação e à fonação^{14-16,19,20,26,27,29-32}. As perdas dentárias causaram também impacto nos aspectos psicológicos, que reúnem manifestações de tristeza, vergonha e repulsa (relacionada a estigmas e desfigurações) relativas à aparência, afetando as relações sociais e profissionais, e estas dificultando a inserção no mercado de trabalho^{14,15,17,19,27,30,31-33}. Nesse aspecto, a aparente solução, por meio da reabilitação protética, para muitos não se torna realidade, pois persistem insatisfações relacionadas principalmente a adaptações, funcionais e/ou estéticas, que dificultam a manducação, a fonação e o sorriso^{16-21,26,28,30-33}.

Tabela 1. Características dos estudos primários incluídos na análise.

Autor/ano	Participantes	Faixa etária	Uf	Técnica/instrumento de coleta de dados	Análise dos dados
Vargas AMD <i>et al.</i> (2005)	12 mulheres 8 homens	28 a 65 anos	MG	Entrevista semiestruturada	Análise temática
Ferreira AAA <i>et al.</i> (2006)	22 mulheres 8 homens	18 a 72 anos	RN	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo temática e lexical
Unfer B <i>et al.</i> (2006)	23 participantes*	55 a 84 anos	RS	Entrevista semiestruturada	Discurso do sujeito coletivo
Haikal DS <i>et al.</i> (2011)	18 mulheres 12 homens	61 a 80 e +	NI	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
Bitencourt FV <i>et al.</i> (2019)	50 mulheres 16 homens	35 a 74 anos	RS	Entrevista aberta	Análise de conteúdo
Fonseca, LLV <i>et al.</i> (2015)	15 mulheres	29 a 50 anos	MG	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
Bortoli FR <i>et al.</i> (2017)	6 mulheres	NI	SC	Entrevista semiestruturada	NI
Souza e Silva ME <i>et al.</i> (2010)	9 mulheres 4 homens	37 a 73 anos	MG	Entrevista	Análise de conteúdo
Lima de Paula LML <i>et al.</i> (2019)	7 mulheres 4 homens	Média de 71,1 anos	MG	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
Corrêa HW <i>et al.</i> (2016)	52 mulheres 18 homens	35 a 74 anos	RS	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
Piuevzam, G <i>et al.</i> (2006)	36 mulheres e homens	60 anos e +	RN	Grupo focal	Análise de conteúdo
Moreira TP <i>et al.</i> (2007)	31 mulheres e homens	27 a 61 anos	CE	Entrevista etnográfica aberta, Observação participante	Hermenêutica-dialética
Moimaz SAS <i>et al.</i> (2009)	3 mulheres 2 homens	68 a 77 anos	SP	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo
Bulgarelli AF <i>et al.</i> (2012)	14 mulheres e homens	65 a 74 anos	SP	Entrevista dirigida	Análise do discurso
Ferreira AAA <i>et al.</i> (2006)	22 mulheres 8 homens	18 a 66 anos	RN	Entrevista	Análise de conteúdo temática
De Marchi RJ <i>et al.</i> (2012)	23 mulheres 18 homens	64 a 84 anos	RS	Focus groups	Teoria Fundamentada
Saintrain MVL <i>et al.</i> (2012)	50 mulheres 22 homens	60-79 anos	CE	Questionário semiestruturado	Análise de conteúdo
Reis SCG <i>et al.</i> (2006)	26 mulheres 4 homens	60-90 anos	GO	Entrevista semiestruturada, observação	Análise de conteúdo
Goulart MA <i>et al.</i> (2019)	23 mulheres 18 homens	60 anos e +	RS	Grupos focais	Análise temática
Klippel R <i>et al.</i> (2012)	14 mulheres 8 homens	60 a 80 anos	PR	Entrevistas	Discurso do sujeito coletivo

* Sem informação sobre sexo; NI: não informado

Fonte: Autores.

Discussão

O estudo efetuou a síntese das razões e consequências das perdas dentárias de adultos e idosos no Brasil a partir de 20 estudos qualitativos sobre o tema.

A representação dos temas descritivos configurou a síntese dos estudos relacionados a perdas dentárias em adultos e idosos (Figura 2). Estes temas não abordam diretamente as respostas às questões de pesquisa deste estudo, mas destacam pontos importantes acerca do fenômeno

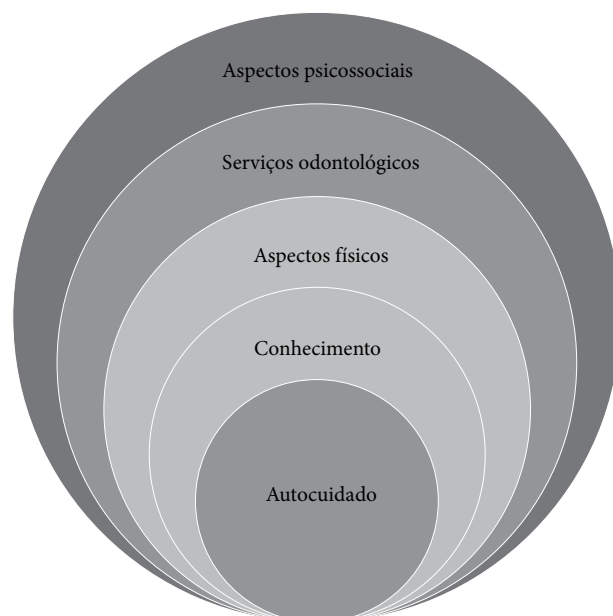


Figura 2. Diagrama das dimensões representativas dos temas descritivos.

Fonte: Autores.

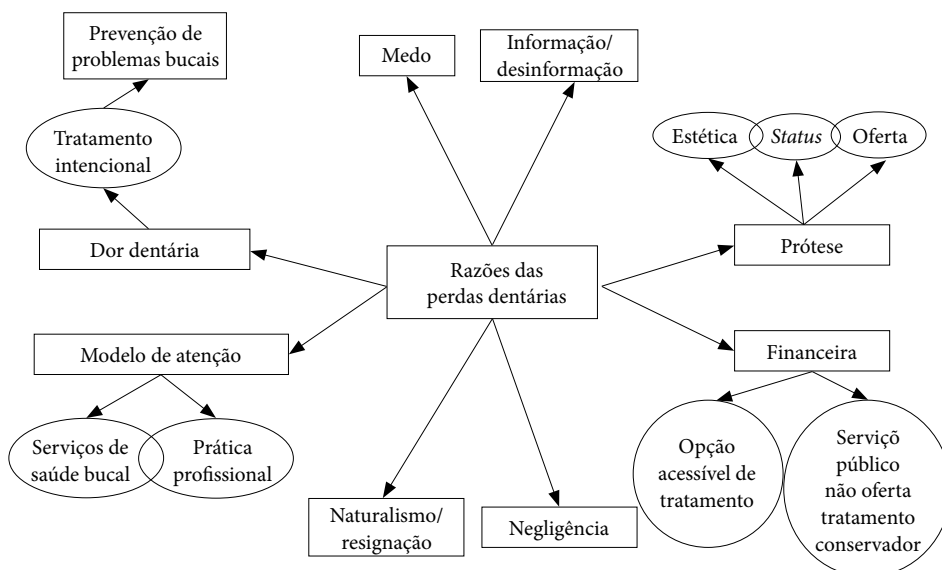


Figura 3. Temas analíticos relativos às razões das perdas dentárias definidos pela síntese temática.

Nota: círculos ligados sinalizam interação dos temas.

Fonte: Autores.

no que diz respeito ao significado e ao impacto, pois tanto as razões quanto as consequências das perdas de dentes estão interpostas nas dimensões

representadas pelos temas descritivos. Os temas analíticos sintetizaram as respostas às questões de pesquisa relativas às experiências de perdas den-

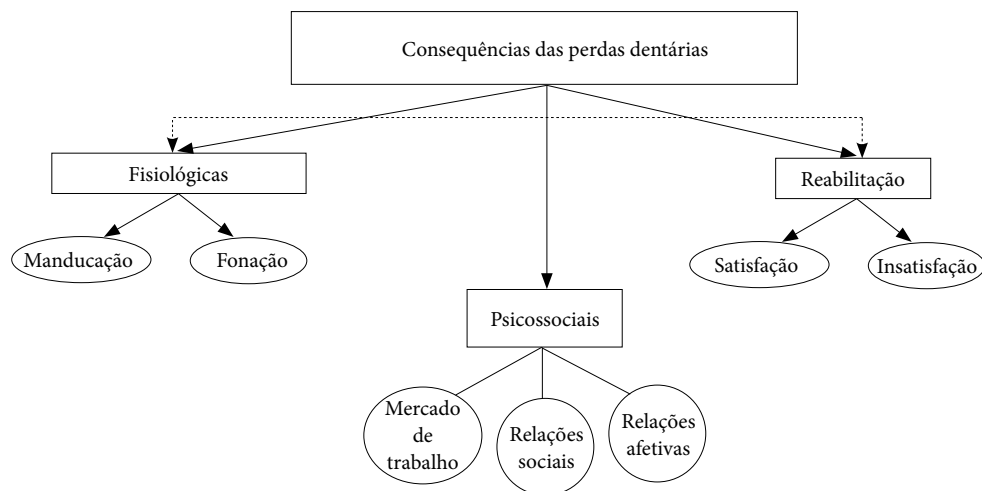


Figura 4. Temas analíticos relativos às consequências das perdas dentárias definidos pela síntese analítica.

Nota: círculos ligados e o tracejado sinalizam interação dos temas.

Fonte: Autores.

tárias, que agrupam dificuldades de acesso, deficiências nos serviços públicos de saúde, desconhecimento das formas de autocuidado, dor e prática mutiladora, resignação diante de doenças bucais, crenças e valores, uso de prótese como solução ou objeto de desejo, dificuldades financeiras, entre outras^{14-17,20,31,33}. Dessa forma, foi possível a elaboração de um modelo conceitual, adaptado de Petersen³⁴, que sintetiza estas inter-relações (Material Suplementar 4, disponível em: <https://doi.org/10.48331/scielodata.32YFHD>).

Tristeza, vergonha, repulsa, medo e resignação constituíram a dimensão psicossocial do fenômeno estudado, englobando a maioria dos significados e marcando sua influência na qualidade de vida destas pessoas³². Os aspectos relacionados aos serviços odontológicos acentuaram as dificuldades de acesso e um modelo de atenção centrado na prática mutiladora²⁴, apesar de o sistema público de saúde brasileiro ter como princípios o acesso universal e integral, com foco nas atividades preventivas, sem prejuízo das curativas.

Ao examinar as taxas e projetar a situação para os anos 2020, 2030 e 2040 no Brasil, Cardoso *et al.*³⁵ afirmam que o edentulismo está diminuindo entre jovens e adultos, mas continuará a aumentar nas próximas décadas entre os idosos, e até 2040 o percentual de arcadas edêntulas será de 86% nessa parcela da população. Sabe-se que os idosos não foram beneficiados pela fluoreta-

ção das águas de abastecimento público e estiveram expostos a uma prática focada nas extrações como tratamento para a doença cárie e periodontal³⁵. Os dados extraídos em nosso estudo refletem a dificuldade da área odontológica em conscientizar a população sobre a importância da manutenção dos dentes naturais e em modificar a cultura de que perder dentes faz parte do processo de envelhecimento.

As desigualdades sociais impactam a saúde bucal dos indivíduos, repercutindo no baixo uso de serviços odontológicos, pouco ou nenhum acesso a procedimentos restauradores, buscando tratamento principalmente para dor e extração dentária. Um fator importante neste cenário é a baixa cobertura e resolutividade dos serviços odontológicos do setor público³⁶⁻⁴¹. Estudos evidenciam que esse setor deve potencializar sua capacidade de resposta^{14,15,17,21,22,24-26,31}, mas não mostram que a população reivindica o atendimento qualificado no SUS.

O impacto das perdas dentárias repercute fortemente na autoestima, na interação social e pessoal e na empregabilidade, pois a saúde bucal representa muito mais a relação pessoal e social das pessoas do que é objeto de cuidado odontológico. Nos aspectos funcionais, os problemas de dicção, vocábulos e fonemas dificultam a capacidade de comunicação e de expressão oral, e a falta de dentes diminui a eficácia da mastigação

e leva as pessoas ao consumo de alimentos macios, comprometendo a qualidade nutricional da alimentação⁴². Essas mudanças podem acarretar diversas consequências para a saúde geral dos indivíduos, comprometer sua qualidade de vida e independência e onerar ainda mais o sistema de saúde.

Não se pode desconsiderar o papel da odontologia de mercado, com a grande oferta de produtos reabilitadores prometendo a recuperação do estado bucal, a atratividade e a autoestima dos indivíduos em bases totalmente diferentes de sua condição natural^{22,43}. Embora a reabilitação bucal tenha a possibilidade de resgate do indivíduo para o convívio social e profissional^{7,25,42,44}, não garante a recuperação total, tanto estética como funcional, pois alguns problemas persistem. Nesse sentido, uma dentição precária não está relacionada a danos à saúde, mas a dente «feio»: um dano à estética^{17,23,32}.

Percebe-se em algumas manifestações a aceitação do edentulismo como algo natural ao destino e o pragmatismo ao lidar com a situação^{45,46}, o que pode revelar a menor prioridade para a saúde bucal diante de um contexto de vida marcado pelas questões de saúde geral, econômicas e sociais, mas também se destaca a valorização de profissionais que realizam a escuta dos pacientes e os orientam em relação a opções para manter boca e dentes saudáveis⁴⁷, buscando formas de lidar com as crenças populares sobre a saúde bucal e o atendimento odontológico⁴⁸. Apesar de os procedimentos odontológicos na atualidade contarem com equipamentos, materiais e técnicas que permitem tratamentos praticamente indolores e menor desconforto ao paciente, a imagem do cirurgião-dentista ainda é ligada a dor e medo⁴⁵.

Até que se consiga efetivamente diminuir a prevalência de cárie em jovens e adultos, haverá uma geração de idosos mutilados por algum tempo demandando a reabilitação protética. E essa população não poderá ser negligenciada nas suas necessidades bucais⁴⁹.

O envelhecimento populacional vem aumentando, mas continua sendo acompanhado pelo fenômeno do edentulismo³⁵. Esta revisão, que sistematizou evidências de estudos de método qualitativo, salientando os múltiplos aspectos envolvidos nas perdas dentárias, vem se somar às demais evidências obtidas por análises estatísticas dos resultados¹⁻³. Em pesquisa qualitativa, os critérios de confiabilidade, validade e generalização não podem ser aplicados da mesma forma que nas pesquisas quantitativas, assim, a utilização de ferramentas de avaliação da quali-

dade metodológica dos estudos primários fortalece os níveis de evidências das pesquisas. Nesse sentido, e com base nesta revisão, sugere-se que o pesquisador declare sua influência na pesquisa com base em suas crenças e valores e na sua relação com os participantes do estudo, uma vez que no método qualitativo o pesquisador é o principal instrumento de pesquisa, ao observar ações e contextos e raciocinar com base na percepção e compreensão humanas⁴.

Sobre as limitações deste estudo, destacamos que não foram analisados aspectos relacionados a gênero, classe social ou nível educacional, e essas questões podem ser usadas para futuras pesquisas. A interpretação sintetizada do fenômeno produziu evidências sustentadas nos estudos inseridos na análise e mostrou experiências e percepções similares, mas é possível que outros pesquisadores indiquem um modelo teórico diferente para explicar o fenômeno estudado nesta metassíntese. No entanto, concordamos com as argumentações de Dixon-Woods *et al.*⁵⁰ quando destacam que isso também ocorreria com os pesquisadores dos dados qualitativos primários.

Considerações finais

A síntese temática das razões da perda de dentes na população adulta e idosa do Brasil evidenciou que uma combinação de fatores foi responsável pelas mutilações dentárias ocorridas nessas gerações. Uma combinação que envolveu os sujeitos em um contexto social, econômico, cultural e psicológico característico do país em que viveram e vivem, em um contexto característico dos serviços, públicos e privados, e das políticas de saúde do país na época. Em outras palavras: a decisão de um indivíduo e/ou de um profissional de saúde bucal de extrair dentes foi cercada de influências, de maior ou menor peso, todas competindo para a tomada de decisão. A dor dentária condicionou as decisões e limitou as alternativas: sem o tratamento conservador, o alívio é alcançado por meio da exodontia, quando as práticas populares de autocuidado não eram suficientes, além de ser uma opção acessível financeiramente. O que hoje se impõe é verificar se esses mesmos fatores persistem, e o quanto eles ainda influenciam nas decisões, tanto dos indivíduos quanto dos profissionais e dos serviços, públicos e privados, de assistência odontológica.

A experiência de edentulismo, parcial ou total, pode gerar uma combinação de fatores que afetam a qualidade de vida das pessoas, associam-

do o comprometimento de funções, como fonação e mastigação, com o prejuízo nas relações sociais, afetivas e no mercado de trabalho. E a possibilidade de reabilitação protética, alcançada com alguma dificuldade por algumas pessoas, pode não trazer de volta a capacidade total do desempenho fisiológico de uma arcada dentária natural.

Considerando a perspectiva de que haverá uma população de adultos e idosos com perdas dentárias significantes, há que se mudar radicalmente o modelo de atenção à população. Não se trata de inversão da atenção prioritária de crian-

ças e adolescentes, mas de inclusão e qualificação da atenção em saúde bucal da população adulta jovem e adulta de hoje. Sem essa ação, continuaremos em um modelo de ciclo restaurador repetitivo, mutilação dentária e cultura de edentulismo. E quando se almeja a integralidade da atenção em saúde, os serviços não podem desconsiderar os aspectos psicológicos e sociais que impactam a qualidade de vida das pessoas, o que exige a ampliação do cuidado para além do uso de tecnologias materiais e a consolidação de políticas sociais e econômicas que diminuam os riscos de doenças e agravos.

Colaboradores

GFP Cortez trabalhou na concepção da pesquisa, no levantamento em bases de dados e na seleção de estudos. GZ Barbosa atuou no levantamento em bases de dados, na seleção de estudos e na análise e interpretação dos resultados. LHN Tôres colaborou na análise e interpretação dos resultados, na escrita e revisão da versão final do artigo. B Unfer trabalhou na concepção da pesquisa, no levantamento em bases de dados e na seleção de estudos, na análise e interpretação dos resultados e na escrita e revisão da versão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais* [Internet]. Brasília: MS; 2012. [acessado 2020 nov 27]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
2. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSDM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 3):78-89.
3. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 3):69-77.
4. Stake RE. *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Editora Penso; 2011.
5. Sandelowski M, Barroso J. Classifying the findings in qualitative studies. *Qual Health Res* 2003; 13(7):905-923.
6. Finfgeld-Connett D. Metasynthesis findings: potential versus reality. *Qual Health Res* 2014; 24(11):1581-1591.
7. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, Lekholm U, Nilner K, Norlund A, Rohlin M, Grongberg KS, Tranaeus S. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand* 2013; 71(3-4):938-952.
8. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Complete removable prostheses from expectation to (dis)satisfaction. *Gerodontology* 2009; 26(2):143-149.
9. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am J Public Health* 2012; 102(3):411-418.
10. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2008; 8:45.
11. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. *BMC Med Res Methodol* 2012; 12:181.
12. Descritores em Ciências da Saúde. DeCS [Internet]. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. 2017. [acessado 2021 nov 15]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>
13. Joanna Briggs Institute. *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses* [Internet]. 2017. [cited 2020 nov 27]. Available from: https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-06/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017.docx
14. Vargas AMD, Paixao HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saude Colect* 2005; 10(4):1015-1024.
15. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: Representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):211-218.
16. Haikal DSA, Paula AMB, Martins AMBEL, Moreira AN, Ferreira EF. Auto percepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3317-3329.
17. Fonseca LLV, Nehmy RMQ, Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3129-3138.
18. Bortoli FR, Moreira MA, Moretti-Pires RO, Botazzo C, Kovaleski DF. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saude Soc* 2017; 26(2):533-544.
19. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
20. Paula LMLL, Sampaio AA, Costa JG, Gomes VE, Ferreira EF, Ferreira RC. The course from tooth loss to successful rehabilitation with denture: feelings influenced by socioeconomic status. *SAGE Open Med* 2019; 7:2050312119874232.
21. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1383-1392.
22. De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a southern brazilian study. *J Cross Cult Gerontol* 2012; 27(3):239-258.
23. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):191-199.
24. Goulart MA, Marchi RJ, Padilha DMP, Brondani MA, MacEntee MI. Beliefs about managing dental problems among older people and dental professionals in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47(2):171-176.
25. Klippel R, Grden CRB, Pleis LE, Klippel YAM, Borges PKO. Saúde bucal de idosos de uma equipe de saúde da família no município de Ponta Grossa/PR. *Odontol Clin-Cient* 2012; 11(3):203-209.
26. Unfer B, Braun K, Silva CP, Pereira Filho LD. Auto percepção da perda de dentes em idosos. *Interface (Botucatu)* 2006; 9(18):217-226.
27. Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009; 12(3):361-375.
28. Bulgarelli AF, Pinto IC, Lorenzi CG, Villa TCS, Mestriner SF, Silva RC. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1347-1355.
29. Ferreira AAA, Alves MSCF. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. *Cad Saude Colet* 2006; 14(1):19-30.
30. Bitencourt FV, Corrêa HW, Toassi RFC. Experiências de perda dentária em usuários adultos e idosos da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(1):169-180.
31. Corrêa HW, Bitencourt FV, Nogueira AV, Toassi RFC. Saúde bucal em usuários da atenção primária: análise qualitativa da auto percepção relacionada ao uso e necessidade de prótese dentária. *Physis* 2016; 26(2):503-524.
32. Saintrain MVL, Souza EHA. Impact of tooth loss on the quality of life. *Gerodontology* 2012; 29(2):e632-e636.

33. Piuvezam G, Ferreira AAA, Alves MSCF. Enfrentando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais. *Cad Saude Colet* 2006; 14(4):597-614.
34. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):274-279.
35. Cardoso M, Balducci I, Telles DM, Lourenço EJV, Nogueira Júnior L. Edentulismo no Brasil: tendências, projeções e expectativas até 2040. *Cien Saude Colet* 2016; 21(4):1239-1245.
36. Silva ET, Oliveira RT, Leles CR. Fatores associados ao edentulismo funcional em idosos brasileiros. *Comun Cienc Saude* 2016; 27(2):129-138.
37. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How people on social assistance perceive, experience, and improve oral health. *J Dent Res* 2009; 88(7):653-657.
38. Cronin M, Meaney S, Jepson NJA, Allen PF. A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state. *Gerodontology* 2009; 26(2):137-142.
39. Chisini LA, Sarmento HR, Collares K, Horta BL, Demarco FF, Correa MB. Determinants of dental prosthetic treatment need: a birth cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020; 49(5):394-400.
40. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy* 2008; 86(1):119-128.
41. Nations MK, Nuto SAS. “Tooth worms”, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med* 2002; 54(2):229-244.
42. Von Marttens A, Carvajal JC, Leighton Y, von Marttens MI, Pinto L. Experiencia y significado del proceso de edentulismo de adultos mayores, atendidos en un consultorio del servicio público chileno. *Rev Clinica Periodoncia Implantol Rehabil Oral* 2010; 3(1):27-33.
43. Exley C, Rousseau N, Donaldson C, Steele JG. Beyond price: individuals’ accounts of deciding to pay for private healthcare treatment in the UK. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:53.
44. McKenzie-Green B, Giddings LS, Buttle L, Tahana K. Older peoples’ perceptions of oral health: “it’s just not that simple”. *Int J Dent Hyg* 2009; 7(1):31-38.
45. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1051-1056.
46. Omar R, Tashkandi E, Abduljabbar T, Abdullah MA, Akeel RF. Sentiments expressed in relation to tooth loss: a qualitative study among edentulous Saudis. *Int J Prosthodontics* 2003; 16(5):515-520.
47. Sbaraini A, Carter SM, Evans RW, Blinkhorn A. Experiences of dental care: what do patients value? *BMC Health Serv Res* 2012; 12:177.
48. Gregory J, Gibson B, Robinson PG. The relevance of oral health for attenders and non-attenders: a qualitative study. *Br Dent J* 2007; 202(7):E18.
49. Marques FP, Tôres LHN, Bidinotto AB, Hilgert JB, Hugo FN, De Marchi RJ. Incidence and predictors of edentulism among south Brazilian older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(2):160-167.
50. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, Hsu R, Katbamna S, Olsen R, Smith L, Riley R, Sutton AJ. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodol* 2006; 6:35.

Artigo apresentado em 08/03/2022

Aprovado em 18/10/2022

Versão final apresentada em 20/10/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva