Maria Eneide Leitão de Almeida

ENVELHECIMENTO E BUCALIDADE :

SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba/SP da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", para a obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social, sob a orientação da Profª Drª Suzely Adas Saliba Moimaz

ARAÇATUBA
2003

Maria Eneide Leitão de Almeida

ENVELHECIMENTO E BUCALIDADE :

SUAS MÚLTIPLAS DIMENSÕES

Comissão Julgadora

Tese para obtenção do Título de Doutor

1º.Examinador: Íris do Céu Clara Costa

2º Examinador: Maria Ercília de Araújo

3º Examinador: Wilson Roberto Poi

4º Examinador: Alício Rosalino Garcia

5º Examinador: Suzely Adas Saliba Moimaz

Dados Curriculares

Nome: Maria Eneide Leitão de Almeida

Dados do Nascimento:

Data: 08/05/1964

Cidade: Fortaleza

UF: CE

País: Brasil

Filiação: Dionízio Alves de Almeida

Ricardina Leitão de Almeida

1984/1988 Curso de Graduação

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Curso: Odontologia

1990/1991 Curso de Especialização

Instituição: Universidade Estadual de Ribeirão Preto (UNAERP) em convênio com o Hospital Universitário Walter Cantídio.

Curso: Administração dos Serviços de Saúde (Saúde Pública e Administração Hospitalar)

1992/1997 Professora Auxiliar da disciplina de Odontologia Preventiva e Social do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

1995/1995 Curso de Especialização

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN

Curso: Odontologia em Saúde Coletiva

1996/1998 Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, nível Mestrado

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal/RN

1998-2003- Professora Assistente da disciplina de Odontologia Preventiva e Social do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

Dedicatória

Dedico esta tese aos meus pais, Dionísio Alves de Almeida e Ricardina Leitão de Almeida que não envelheceram ao lado dos seus filhos mas deixaram uma herança que será eternamente cultivada entre nós: a simplicidade, o amor e a esperança.

Agradecimentos

Agradecimentos

A Deus... que me permitiu o dom da existência e que me guia com a mão firme da sabedoria.

Aos meus familiares que, mesmo distantes, me apoiaram e me deram força para que eu chegasse ao término dessa trajetória com sucesso.

À minha amiga de todas as lutas, Andréia, pela amizade, companheirismo e precioso apoio prestado.

Aos amigos, Alex, Fabrício, Renata Mota, especialmente, Regina Braga e Fátima pelo apoio concedido em São Paulo, e pelos sólidos laços de amizade que nos unem.

Aos idosos que participaram deste estudo com suas histórias, suas crenças, suas dores, suas doenças, suas experiências, seus amores...suas vidas, permitindo a concretização desse estudo.

À Profª Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz, minha orientadora e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social que soube, com competência e profissionalismo, tornar possível a realização dessa tese.

À Profª Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, pelo acolhimento carinhoso em sua casa, pela amizade, pela colaboração prestimosa e imprescindível na estruturação deste trabalho.

Aos Professores Dr. Orlando Saliba e Dra. Nemre Adas Saliba que abriram as portas da UNESP/FOA, recebendo-me com carinho e atenção.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, Cléa, Maria Lúcia, Renato, Artênio e Eliel pelos momentos em que estivemos juntos em prol da Saúde Coletiva.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Odontologia Preventiva e Social, Sônia, Nilton, Jlídio, Valderez, Neusa e Jole que sempre me apoiaram com muita dedicação e amizade.

Aos funcionários da seção de Pós-Graduação e da Biblioteca, em especial à Jsabel, pela disponibilidade em me ajudar nos momentos de dúvidas.

Aos funcionários da seção de Pós-Graduação de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal do Ceará e ao PJCDT pelo financiamento da bolsa de estudo.

À minha querida Universidade Federal do Ceará (UFC) onde comecei minha caminhada profissional e à Universidade Estadual Paulista (UNESP) que me possibilitou a realização de mais um sonho.

Aos Professores da minha disciplina, Antônio Sérgio Luz, Walda Viana Brígido de Moura e Moacir Tavares Martins Filho que ficaram trabalhando em "dobro", enquanto eu permaneci em Araçatuba.

Aos Professores do meu Departamento e ao Prof. Haroldo César Pinheiro Beltrão que apoiaram e incentivaram a minha vinda para UNESP/FOA.

À Profª Délia Catullo Goldfarb pelos encontros sempre agradáveis na PUC/São Paulo e as aulas intermináveis sobre o corpo, tempo e envelhecimento.

Aos amigos do Mestrado e Doutorado, Andréia, Alessandro, Eduardo, Natanael, Myrna, Ronald, Edgard, Franklin, José Luiz, Regina e Rosani pelos muitos momentos compartilhados...difíceis, bons, tristes, alegres mas, com certeza, inesquecíveis.

Às amigas, Leila e Farli que dividiram a mesma moradia e ajudaram-me a espantar a saudade das "coisas e das pessoas do meu Ceará".

A todos, o meu muito obrigada!

Epígrafe

No novo tempo, apesar dos castigos

Estamos crescidos, estamos atentos, estamos mais vivos

Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer

No novo tempo, apesar dos perigos

Da força mais bruta, da noite que assusta, estamos na luta

Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver

Pra que nossa esperança seja mais que a vingança

Seja sempre um caminho que se deixa de herança

No novo tempo, apesar dos castigos

De toda fadiga, de toda injustiça, estamos na briga

Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer

No novo tempo, apesar dos perigos

De todos os pecados, de todos enganos, estamos marcados

Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver

No novo tempo, apesar dos castigos

Estamos em cena, estamos nas ruas, quebrando as algemas

Pra nos socorrer, pra nos socorrer, pra nos socorrer

No novo tempo, apesar dos perigos

A gente se encontra cantando na praça, fazendo pirraça

Pra sobreviver, pra sobreviver, pra sobreviver

Ivan Lins

ALMEIDA, M. E. L. Envelhecimento e Bucalidade: suas múltiplas dimensões. 2003, 184f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.

RESUMO

O envelhecimento populacional do país constitui-se em fato consumado e, embora tenha cada vez mais despertado o interesse de pesquisadores e profissionais da área social e da saúde, ainda muito pouco tem sido feito em resposta a essa evidência. Os objetivos deste estudo foram investigar o significado do processo de envelhecimento e suas repercussões no corpo e, em particular, na boca dos idosos; e como os efeitos da assistência odontológica durante a vida repercutem na saúde bucal do idoso. A boca foi compreendida na expressão da bucalidade, conceito desenvolvido por Botazzo (2000) relativo à propriedade do bucal nas dimensões psíquica e cultural. Trata-se, pois, de compreender a boca nestas dimensões enquanto território corporal. A pesquisa é de abordagem qualitativa de fundamentação fenomenológica, sendo os sujeitos entrevistados escolhidos intencionalmente. Foram selecionados cinco idosos residentes em Araçatuba/SP/Brasil. Utilizou-se entrevista semi-estruturada e diário de campo para coletar os dados. Para procedermos à análise dos dados, escolhemos a técnica de análise de conteúdo categorial. Os resultados mostraram que a dificuldade na mastigação e a perda da capacidade de saborear os alimentos foram citadas como problemas enfrentados pelos idosos. A ausência de dentes está intimamente ligada à insatisfação estética e é determinante para desencadear estímulos negativos na auto-estima dos indivíduos com repercussão nas relações sociais. A falta de entendimento das doenças que ocorrem na boca, como a cárie dentária e doença periodontal contribuem para a manutenção da crença que perda dentária está relacionada ao envelhecimento.

Palavras-chave: Odontologia Geriátrica; Saúde Bucal do Idoso; Idoso; Envelhecimento;

ALMEIDA, M. E. L. Ageing and Bucality: a multiple-dimensional approach. 2003. 184f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.

ABSTRACT

The ageing of the Brazilian population as a whole is an incontestable fact, and although it has drawn the attention of researchers and professionals of health and social areas, very little has been done in response to this evidence. The aims of this study were to investigate the meaning of the ageing process and its repercussions in the body and, especially, in the mouth of the elderly; as well as how the effects of dental care during their lives affect the elderly's dental health. Mouth was understood in the expression of bucality, which is a concept that was developed by Botazzo (2000) and is related to oral features in the psychic and cultural dimensions. Therefore, this is about understanding the mouth through these dimensions while being corporal territory. This research has a qualitative approach of phenomenological basis, where the sample was intentionally decided. Five elderly people living in Araçatuba/SP/Brazil were selected. Recorded semi-structured interviews and report diary were used. To analyse the data collected, the technique of content analyses was chosen. The results showed that difficulty in chewing and loss of the ability of tasting food were mentioned as problems faced by the elderly. Teeth absence is closely related to aesthetics dissatisfaction and is a determinant fact to cause negative stimuli in the individuals' self-esteem with consequences in social relations. The lack of understanding about the diseases that happen in the mouth, as dental caries and periodontal disease, contribute for the maintenance of the false belief that tooth loss is related to ageing.

Key words: Geriatric Dentistry, Oral health of elderly people, elderly people, ageing

Lista de Quadros

Quadro 1- Categorias e sub-categorias pré-estabelecidas, segundo vivências dos idosos entrevistados. Araçatuba/SP, 2003.

Lista de Abreviaturas

CPO-D - Índice que expressa a média aritmética do somatório individual do número de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados.

FOA - Faculdade de Odontologia de Araçatuba

FSESP - Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPR - Prótese Parcial Removível

PROEX - Pró-Reitoria de Extensão Universitária

SUS - Sistema Único de Saúde

UNESP - Universidade Estadual Paulista

Sumário

RESUMO..... 13

ABSTRACT..... 14

LISTA DE QUADROS..... 15

LISTA DE ABREVIATURAS..... 16

1 INTRODUÇÃO..... 18

2 OBJETIVOS..... 27

3 METODOLOGIA..... 29

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 46

4.1 O ENVELHECIMENTO..... 47

4.2 A BUCALIDADE NA VELHICE..... 80

4.3 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA..... 121

5 CONCLUSÕES..... 162

6 REFERÊNCIAS..... 165

ANEXOS..... 180

1 Introdução

1 Introdução

O envelhecimento populacional do país constitui-se em um fato consumado, e tem cada vez mais despertado o interesse de pesquisadores e profissionais da área social e da saúde, entretanto, ainda muito pouco tem sido feito em resposta a essa evidência.

A melhoria de qualidade de vida, somada ao avanço da ciência e da tecnologia aplicada à área de saúde tem, proporcionado a passagem de uma situação de alta mortalidade e alta taxa de nascimentos para uma de baixa mortalidade e, gradualmente baixa fecundidade, que se traduz em uma elevação da expectativa de vida média ao nascer e em um aumento, tanto em termos absolutos como proporcionais, de pessoas que atingem idades mais avançadas (PUCCA JÚNIOR, 2000).

Entre 1940 e 1960, a população experimentou um aumento em seu ritmo anual. De 2,34% ao ano na década de 1940, seu crescimento passou para 3,05% no decênio seguinte. Essa transição demográfica deveu-se exclusivamente a um declínio da mortalidade, traduzido por um ganho de 10 anos na esperança de vida ao nascer, uma vez que a taxa de fecundidade total manteve-se constante no período e igual a 6,2 filhos por mulher (BERQUÓ, 1999).

A partir de 1960 até 1991, o ritmo anual de crescimento populacional começa a desacelerar, passando a 1,94% entre 1980 e 1991. Responsável por essa redução no crescimento populacional foi a queda de fecundidade, uma vez que a mortalidade continuou declinando, registrando um ganho na esperança de vida ao nascer da ordem de 14 anos, entre 1960 e 1991. Essas transições afetaram diretamente e de forma significativa a estrutura etária da população. Passou-se de uma pirâmide de base larga e forma triangular - característica de regimes demográficos de altas taxas de fecundidade e de mortalidade - para uma forma mais arredondada, de base reduzida característica de regimes de grande redução na fecundidade (BERQUÓ, 1999).

Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 15 vezes contra 5 vezes da população total, o que nos colocará em termos absolutos como a sexta população de idosos do mundo, isto é, um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Este crescimento populacional é o mais acelerado no mundo e só comparável ao do México e Nigéria (SILVESTRE et al., 1997; IBGE, 2002; VERAS et al., 2002b).

Deve-se ressaltar que o brasileiro tinha a expectativa de vida ao nascer, em 1900, de 33 anos. Em 2000, esta expectativa alcançou 68 anos, ou seja, dobrou-se o tempo de vida em apenas cem anos. No entanto, viver mais sem qualidade não é uma vitória e sim motivo de preocupação. O que se

almeja é aumentar o tempo de vida, se possível até o limite biológico, com qualidade e autonomia. Aliás, após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer condições adequadas para vivê-la (VERAS, 2002b).

Se, por um lado, a longevidade dos idosos decorre de conquistas no campo social e da saúde, do outro, essas mudanças ocorridas na pirâmide populacional acarretam um importante impacto em toda a sociedade, principalmente, para o sistema de saúde que não apresenta infra-estrutura necessária para responder às demandas deste grupo de idosos em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente (VERAS et al., 2002b).

No tocante à saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, esta tem sido relegada ao completo esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa. Ao mesmo tempo em que a população de idosos em nosso país cresce, a capacidade do setor público decresce, trazendo como conseqüência, o aumento da exclusão social e a marginalização (PUCCA JÚNIOR, 1996).

Sob o ponto de vista epidemiológico, as pesquisas no Brasil que estudaram a problemática da saúde bucal do idoso mostraram condições bastante críticas em relação à condição dentária, periodontal e necessidade de prótese, evidenciado o alto grau de edentulismo nesse segmento

populacional. São dados alarmantes e que tendem se agravar caso não sejam realizadas medidas educativas e preventivas, além de reabilitação bucal destinadas a essa população (ROSA et al., 1992; ROSA et al., 1993; SALIBA et al., 1999; MENEGHIM e SALIBA, 2000; CHAGAS et al., 2000; CANGUSSU et al., 2001; SILVA et al., 2002).

A falta de discussão adequada sobre a situação de saúde dos idosos nas instâncias governamentais e nos cursos universitários, os quais oferecem precariamente tratamento emergencial e centrado ainda num modelo hospitalocêntrico e biomédico, constitui-se em uma das principais causas da inadequada abordagem da saúde do idoso, que se traduz em um aumento nos gastos em saúde e em pouco benefício para este grupo.

A inadequação dos programas odontológicos hegemônicos e, mais precisamente, das formas de acesso aos serviços que excluem, em nível coletivo, os cuidados para idosos, gera déficit de atendimento nessa faixa etária. À medida que o país passa por essa transição demográfica e dos perfis de saúde, cresce a necessidade de conhecimento sobre os aspectos biológicos e psicossociais inerentes à saúde bucal desse grupo populacional.

Dentro deste contexto, levando em consideração a diversidade e a complexidade do idoso que constitui um grupo heterogêneo e, portanto, requer uma atenção interdisciplinar para a solução de seus problemas de saúde, motivamo-nos a desenvolver esta pesquisa que visa

compreender como os idosos se relacionam com o corpo e a boca, a partir de suas experiências.

A perspectiva fenomenológica adotada buscou identificar entre os entrevistados, através de seus testemunhos orais, o significado que a bucalidade representa na velhice a partir da vivência do idoso, ou seja, como os idosos percebem essa relação e como estão vivenciando estes momentos de suas vidas. Foi nosso propósito, incorporamos à dimensão objetiva a dimensão do bem-estar subjetivo que se refere a autopercepção do idoso sobre sua saúde e/ou doença.

O termo "bucalidade" refere-se às funções atribuídas à boca e a seus órgãos, tais como *a linguagem, o erotismo e a manducação,* o movimento realizado pela boca que apreende, tritura, insaliva e deglute (BOTAZZO, 2000).

Neste estudo faremos uma abordagem que possibilite um entrelaçamento entre os dados fornecidos pelos entrevistados e as informações oriundas da literatura científica disponível, de modo que possamos confrontar as experiências individuais que se manifestam a partir de um conjunto de valores e crenças, dentro de um determinado contexto, e atribuir-lhes novos olhares e reflexões, com o intuito de ressignificá-los numa perspectiva histórica, acrescentando-lhes novo sentido.

Como afirmam Simson e Giglio (2001), do ponto de vista psíquico, afetivo, emocional, a pessoa que envelhece só poderá ter a noção de

que as informações de que dispõe são preciosas e não um fardo inútil, se seu meio social se interessar por elas, ou seja, se as acolher como interessantes ou úteis; só terá a noção de que suas informações são únicas porque têm sido guardadas na sua memória individual, original, se tiver a oportunidade de partilhá-las com outros detentores de lembranças dos mesmos fatos e épocas. Assim, as pessoas de mais idade dentro de um grupo sociocultural podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras de seu valor reconhecerem-se como participantes da vida atual do grupo, por meio da memória compartilhada, porque a identidade individual é uma instância que depende do outro.

Debruçamo-nos, então, sobre a temática do envelhecimento e a bucalidade como ferramenta de trabalho e selecionamos cinco pessoas idosas residentes em Araçatuba/SP para participarem desse projeto de reconstrução sóciohistórica, processo no qual todos eles foram se redescobrindo e tendo a oportunidade de refletir sobre determinados aspectos de suas vidas - para alguns, muito marcantes; para outros, sequer lhes parecia importante.

Coube a nós, transformarmos esses valiosos depoimentos, que acreditamos serem passíveis de partilharmos com outras pessoas, e inexistentes em outras fontes, em uma tese.

Seu conteúdo foi distribuído didaticamente em seis capítulos, sendo o primeiro este da introdução e o segundo, o dos objetivos do estudo.

O terceiro capítulo consiste na descrição da metodologia utilizada. Nele discutiremos as situações vivenciadas pela pesquisadora durante a coleta dos testemunhos dos participantes desta pesquisa.

O quarto capítulo descreve as categorias e as sub-categorias, tratando do entendimento dos resultados encontrados. É analisado o significado do processo de envelhecimento e suas repercussões no corpo e na boca, essencial para entender como os idosos se percebem e como identificam o processo de desgaste da boca ao envelhecer.

Também é verificado em que aspecto a bucalidade é atingida e como isso se reflete no cotidiano dos idosos; e a partir da percepção do idoso, como os efeitos da assistência odontológica repercutem em sua saúde bucal.

O quinto capítulo reúne as conclusões, focalizando os temas relevantes que foram levantados como base na problemática da pesquisa. Finalizando o trabalho, dispomos o referencial bibliográfico que serviu de suporte teórico para defrontarmos as informações investigadas, dando-lhes uma significação real, e os anexos que permitem ao leitor acesso a documentos usados pelos pesquisadores.

É sob a ótica da trajetória do envelhecimento bem-sucedido e preocupado com os novos cenários da saúde bucal coletiva no país que pautamos nosso trabalho. Dessa forma, pretendemos estimular a mudança no

paradigma da atenção à saúde do idoso e contribuir para a melhoria de qualidade de vida deste segmento da população.

> No ciclo biológico do homem, a velhice leva a desvantagem de ser a última fase, a do declínio, a do retorno inexorável à mãe terra. Sustar esse mecanismo será, talvez, atentar contra as leis naturais. Torná-lo mais lenta, com razoável manutenção da normalidade anotómo-fisiológica, evitando as manifestações mórbidas, é uma justa aspiração do ser humano (QUEIROZ, 1999).

2 Objetivos

Objetivos

OBJETIVO GERAL:

- Compreender o significado que a bucalidade representa na velhice, a partir da vivência do idoso.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar o significado do processo de envelhecimento e suas repercussões no corpo e na boca dos idosos.
- Verificar em que aspecto a bucalidade é atingida nos idosos.
- Identificar como os efeitos da assistência odontológica durante a vida repercutem na saúde bucal do idoso.

3 Metodologia

Lüdke e André (1986) destacam:

> A decisão sobre quais devam ser os focos específicos de investigação não é fácil. Ela se faz, sobretudo através de um confronto entre o que pretende a pesquisa e as características particulares da situação estudada. O importante é que essa decisão não seja deixada para o final do estudo, quando não haverá condições de conseguir as informações mais pertinentes aos temas selecionados.

Para procedermos à análise dos dados, escolhemos uma das análises de conteúdo, a técnica de análise categorial, a qual deverá conter as seguintes fases ou etapas, segundo Gomes (2001):

1)Pré-análise-organização do material a ser analisado de acordo com os objetivos e questões do estudo. Nessa etapa, definem-se:

- *As unidades de registro* que se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto de mensagem, podendo ser utilizado a palavra como uma unidade ou o conjunto de palavras de um texto; a frase ou oração; o personagem de uma narrativa; o acontecimento narrado; um documento entre outros.
- *As unidades de contexto* que devem precisar o contexto do qual faz parte a mensagem.
- *Elaboração de categorias* que se referem a um conceito, o qual abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si.

2)Exploração do material é a fase mais longa do estudo, necessitando muita leitura para aplicar o que foi definido na fase anterior.

3)Tratamento dos resultados e interpretação desvendam o conteúdo subjacente e relacionam as ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos estudados.

Sendo assim, a apresentação dos resultados foi descrita em capítulos, segundo categorias e sub-categorias pré-estabelecidas conforme mostra o quadro a seguir:

Quadro 1- Categorias e sub-categorias pré-estabelecidas, segundo vivências dos idosos entrevistados. Araçatuba/SP, 2003.

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
1) O Envelhecimento	Utilidade do idoso Aceitação Estilo de vida Limitação Corporal Alterações da boca
2) A Bucalidade na Velhice	Manducação Erotismo Linguagem
3) A Assistência Odontológica	Assistência mutiladora Adaptação Necessidade de tratamento Cuidados preventivos

4 Resultados e Discussão
4.10 Envelhecimento

4.1 O Envelhecimento

> No envelhecimento, quer ele seja físico ou intelectual, é a subjetividade que aparece como a grande mestra. Os pessimistas vêem num meio copo de água, um copo vazio até a metade, os otimistas vêem um copo cheio até a metade.Claude Olievenstein

O envelhecimento humano é um processo irreversível, podendo ser interpretado pelas civilizações sob múltiplos olhares, de valorização ou desvalorização, pois apresentam características diferenciadas de acordo com a cultura e a organização sócio-política no tempo e espaço.

As condições objetivas de vida da população interferem diretamente sobre o envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida, quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem mediante políticas sociais, principalmente nas áreas de saúde, da previdência e da assistência (GOLDMAN, 1998).

A situação do idoso reproduz as condições de vida e trabalho que perpassaram durante toda uma vida, não se constituindo de uma quebra de um ciclo final, mas de um processo ainda em construção e que merece toda atenção da sociedade e das entidades governamentais. As barreiras impostas pelas classes sociais, pela cultura, e pelas condições socioeconômicas e sanitárias deixam marcas em nosso corpo e nos transformam à medida que introjetamos conceitos, preconceitos, medos e hábitos.

O envelhecimento tem sido definido diferentemente de várias formas: alguns visualizam o envelhecimento como um processo biológico, outros mais como um processo patológico ou como um processo sócio-econômico ou psicossocial. A idade é, de qualquer modo, um limite arbitrário, uma vez que o envelhecimento é um processo contínuo, não se iniciando em nenhuma idade ou momento particular (CORMACK, 2000).

É necessário entender o processo de envelhecimento não somente como um processo natural, mas também em sua abordagem histórica. Existem três conceitos que usualmente têm sido usados como sinônimos indistintamente: *velhice, envelhecer e velho* (SAIS, 1995).

Velho está usualmente associado à idade, de idade avançada, que existe há muito tempo (MICHAELIS, 2001). A velhice é uma construção feita pela sociedade como meio de categorizar os velhos com seus atributos, colocando-os dentro de uma identidade estanque, que permite a todos preverem essa categoria (MONTEIRO, 2000).

Enquanto a velhice se constitui como o grande conceito genérico-abstrato ao qual pertencem as pessoas com mais de 60 anos, o envelhecimento é o processo irreversível que se dá desde o nascimento até a morte, ocorrendo em qualquer idade, circunscrito à dimensão super valorizada do biológico, principalmente, pela gerontologia e geriatria, embora não se restrinja a mesma (SAIS, 1995).

A velhice não deve ser confundida com o envelhecimento. Enquanto o envelhecimento é um processo natural de transformação do ser humano através da temporalidade, a velhice é uma produção social e não uma categoria natural. Contudo essa produção social irá influenciar diretamente o processo de envelhecimento dos indivíduos, pois ao mesmo tempo em que somos produtores de uma cultura, somos também produzidos nela (MONTEIRO, 2000).

A dificuldade principal para categorizar a velhice consiste em que ela não é unicamente um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim, podemos dizer que na maior parte do tempo não existe um "ser velho", mas um "ser envelhecendo" (GOLDFARB, 1998).

O fenômeno do envelhecimento populacional, a partir do século XX, empurrou a velhice para idades mais avançadas e aliadas ao advento da industrialização, em que funcionários mais antigos eram substituídos por outros mais novos e com melhor capacitação técnica, começou a delinear-se a idade social da velhice.

Os idosos passaram a ser vistos como vítimas da marginalização e da solidão propiciando, a partir da década de 70, entre outros elementos, a constituição de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados voltados para a definição e o atendimento das necessidades dessa população (PRADO, 2002).

Pode-se dizer que, o envelhecimento é uma questão social. Obriga-nos a pensar sobre o papel fundamental que a sociedade exerce na vida das pessoas. A esse respeito, Prado (2002) nos diz que:

> Esse fenômeno pode ser entendido como conseqüente a mudanças estruturais de uma economia feudal de base agrária e doméstica para o capitalismo centrado no mercado de trabalho. Como também é possível considerar o processo de deslocamento de questões atinentes ao domínio familiar e privado para a esfera pública, passando o Estado Moderno a regular o curso da vida por meio de cortes etários com vistas a escolarização, participação no mercado de trabalho e aposentadoria.

Com o processo de modernização, a industrialização trouxe o afastamento dos velhos do mundo produtivo, mas Groisman e Debert *apud* Prado (2002) ressaltam a insuficiência de informações sobre a velhice no passado remoto, e o fato de que em culturas contemporâneas, como o Japão, a modernização não resultou, necessariamente, em declínio de *status* para os mais velhos.

O fim do trabalho realizado pelas pessoas idosas é marcado pela aposentadoria, não como um prêmio justo pelos anos de aglutinação de esforços, mas como um reconhecimento de sua falência como homem produtor de riquezas, rompendo, dessa forma, os vínculos sociais.

Em seu livro *Memória e Sociedade*, Bosi (1994) aborda a velhice como categoria social e destaca as rupturas nas relações entre os homens e destes com a natureza:

> Além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social. Tem um estatuto contingente, pois cada sociedade vive de forma diferente o declínio biológico do homem. A sociedade industrial é maléfica para a velhice. Nas sociedades mais estáveis um octogenário pode começar a construção de uma casa, a plantação de uma horta, pode preparar os canteiros e semear um jardim. Seu filho continuará a obra.

Outro critério, usado como parâmetro em relação à velhice, é a idade cronológica - uma escala numérica que situa as pessoas no tempo. Como diz Martins (1998), *O homem não está no tempo, o tempo é que está no homem.* Neste sentido, os anos vividos dizem respeito apenas ao sujeito que os vive. É uma pertença existencial e subjetiva. Entretanto, a idade cronológica constitui um dos elementos de diferenciação entre as pessoas em nossa sociedade, definindo atributos próprios para cada grupo etário, obrigando os indivíduos a assumirem comportamentos próprios de sua idade (MONTEIRO, 2000).

Por mais incrível que possa parecer, o critério mais comumente utilizado para a definição do envelhecimento - o cronológico (a idade)- é apontado como falho e arbitrário. Isso porque o envelhecimento seria vivenciado de forma heterogênea pela população. Pessoas da mesma idade cronológica poderiam estar em estágios completamente distintos de envelhecimento. Desse modo, o que se pode ressaltar é que o envelhecimento não parece ser definido pela idade de uma pessoa, mas pelos efeitos que essa idade teria causado a seu organismo (GROISMAN, 2002).

Para a definição de metas governamentais e de política pública, no Brasil, considera-se idoso aquele maior que 60 anos de idade (Política Nacional do Idoso, Lei n º 8.842 de 4 de janeiro de 1994- Cap I, Art 2 º). Nessa lei, adotou-se o sistema de idade cronológica na datação, definida pelo desenvolvimento biológico após o nascimento, passado um determinado número de anos (OLIVEIRA, 1999).

O envelhecimento biológico pode ser definido como uma série de modificações fisiológicas, psicológicas, funcionais e bioquímicas ocorridas com o passar do tempo, nos seres vivos. Ele caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo diante das mudanças (MOTTA, 1999).

Para Cabral (2002), a visão da velhice predominantemente marcada pela passagem dos anos no corpo biológico, deixa de lado aspectos sociais, psicológicos, culturais. O processo de envelhecimento, no entanto, envolve múltiplas dimensões que dão um caráter complexo ao fenômeno, cuja tentativa de compreensão por uma única ótica torna seu entendimento fragmentado.

É sabido que o envelhecimento tem caráter multifatorial e, encontra-se na dependência da interação entre os fatores físicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, tornando o envelhecer, por um lado, um processo individual, e do outro, marcado pelos padrões socioculturais de uma época.

Assim sendo, iniciamos nosso trabalho de pesquisa interessado em saber a forma particular como cada indivíduo lida com a velhice, a maneira como sente, interpreta os adoecimentos do corpo e de modo particular, da bucalidade e como reage às mais diversas situações imposta pela vida.

Para tal, registramos alguns depoimentos e selecionamos sub-categorias que se relacionam com o envelhecimento.

4.1.1 Utilidade do idoso

Registramos a categoria utilidade nos fragmentos da fala da Sra. Maria que nos revela que o idoso é um "ser útil", tem ou pode ter algum uso, tem valor e assim, dar sentido à vida, pois transforma as perdas naturais do envelhecimento em novas possibilidades que a mantém viva no seu espaço social. O aspecto significativo do envelhecimento é proveitoso, prazeroso, há um investimento contínuo do indivíduo nas diversas atividades que realiza no seu cotidiano.

> "[...] Então, eu não parei assim. Eu sei que tenho 75 anos que estou velha mas eu não sinto esse peso da velhice. Eu acho que ainda sou uma criatura útil. Eu cuido de dois netos, dou aula pra minha neta, estou alfabetizando minha neta, ajudo na escola porque ela está um pouco fraca. Eu faço meus trabalhos, eu costuro, então, eu acho, não sinto assim...o peso de 75 anos." Sra. Maria

Apesar de achar que está velha, não sente o peso desses 75 anos de idade. Mas o que isso quer nos dizer?

Há um forte indicativo, neste caso, que velhice não é uma doença que se abate sobre o corpo em declínio. Ao contrário, há uma constatação clara de que o corpo e a mente realizam com desenvoltura as diversas funções rotineiras desafiando a idade cronológica. Aparece a velhice (... estou velha.) como categoria social, no sentido de uma corporação, porém nossa interlocutora encara-a como um estado singular, único, vivenciando essa etapa da vida como sujeito de suas ações, adaptando-se ao meio e transformando a velhice em benefício para si e na sua relação com os outros.

Por outro lado, o fato de possuir todo o tempo ocupado com as mais diversas atividades, dá sentido à sua vida e não sente o tempo passar porque aproveita todos os momentos com plenitude, extraindo o máximo de suas possibilidades. Sendo assim, não se trata de não saber o que fazer, da sujeição do corpo ao tempo, mas de perceber a importância da produção de uma subjetividade que enriquece o seu modo de viver e sua relação com o mundo.

O envelhecimento não pode ser vivenciado como mero processo de perdas, de negação, de peso ou de inutilidade. Crenças preconceituosas como estas fazem parte de um comportamento social que precisa ser transformado (MONTEIRO, 2000).

Guerreiro e Rodrigues (1999) falam com bastante propriedade sobre o engajamento social, necessário a todo indivíduo para interagir satisfatoriamente com o meio:

> O engajamento social representa um aspecto diferencial no rumo de uma história de vida. Os sentimentos de utilidade, de identificação com os anseios e valores do grupo familiar e/ou social, de inserção e realização intrapessoal e interpessoal favorecem a vivência de um estado de plenitude e bem-estar que possibilita ao homem um reforço em seu sentido existencial, ajudando-o a perceber seu futuro como uma história em aberto, em construção.

Em relação ao seu envelhecimento, nossa entrevistada também demonstra ter uma atitude de aceitação quando se refere a sua experiência de vida, pois não vê o envelhecimento como peso, mas como algo que deve ser vivido sempre buscando motivação. Além disso, o tempo de vida vivido e as aprendizagens obtidas através de suas experiências propiciaram a satisfação em viver sem sentir o ônus da idade.

Habib (2001), em seu trabalho de dissertação, também descreve várias falas de idosos em que percebeu a atitude de aceitação quanto ao processo de envelhecimento e a importância das características internas e individuais na promoção do equilíbrio psicossocial, possibilitando transformar as perdas naturais do envelhecimento em novas condições de se manterem vivos no processo social.

4.1.2 Aceitação

Na realidade, é a atitude de cada pessoa que vai diferenciar o modo de envelhecer, como podemos verificar no depoimento da Sra. Maria houve uma aceitação do processo de envelhecimento, categoria esta que não percebemos no relato dado pela Sra. Fernanda, uma bela senhora de 68 anos de idade:

> "Olha, eu não me acho assim tão envelhecida. Eu não acredito que eu tou... eu acho sempre eu jovem". Sra.Fernanda

A Sra. Fernanda está satisfeita com sua imagem, cuida da sua saúde, do seu aspecto estético e não sente que está envelhecendo. Simone de Beauvoir já afirmava *o quanto é difícil aceitar a velhice, mais fácil é ignorá-la*. Há uma tendência de a pessoa ignorar as mudanças do envelhecimento que ocorrem em si mesma.

O velho é sempre o outro em que não nos reconhecemos. A imagem da velhice parece sempre estar "fora", do outro lado, e embora saibamos que "aquela" é a nossa imagem, nos produz uma impressão de inquietante estranheza, o apavorante ligado ao familiar (GOLDFARB, 1998).

Essa mesma autora explica que o sujeito é produto de um encontro, de uma articulação entre a interioridade e a exterioridade, e esta não é apenas fundante de subjetividade, mas também constitui o campo onde se encontram os objetos de sua satisfação.

Corpo e mente modificam-se no decorrer de nossas vidas, por meio de nossas experiências. A partir do corpo e do contato com o mundo em uma determinada situação, conformamos e deformamos nossos corpos, estruturamos e reestruturamos nossa percepção, nossa interpretação do mundo e o modo de agirmos. Mas a sociedade moderna enaltece um corpo jovem, saudável e belo. É o "mercado do corpo" (MONTENEGRO, 1998).

Para tal, conta com uma indústria da estética e uma forte mídia ditando as normas. Daí ascende os desejos de viver eternamente na juventude e de distanciar-se da degeneração física. Por isso, muitas vezes nos deparamos com pessoas que não aceitam as perdas corporais e possuem dificuldade para aceitar o envelhecimento, pois não admitem ficar fora do padrão vigente.

Sobre esse assunto, Montenegro (1998) relata:

> [...] a apresentação ganha textura nas sociedades contemporâneas. Isso é o discurso dos conteúdos. Tudo está no exterior. O importante são músculos volumosos; pele lisa, jovem, fresca, saudável. Opostamente, há a verdadeira abominação pelo enrugado e pelo envelhecido. Estes são os 'condenados a aparência'. Esta é a ditadura do corpo.

É no corpo que está toda nossa subjetividade e é através do corpo que somos objetivamente reconhecidos pelo outro. É através do corpo que nos identificamos e nos relacionamos com os outros e com o mundo.

A não percepção das sensações, a pouca atenção dada às respostas corporais em face às diferentes situações leva, muitas vezes, o

indivíduo ao desconhecimento de seu próprio corpo e de si mesmo. Então, a tendência é reprimir o corpo físico e negar a idade, criando, com isso, formas estereotipadas de comportamento corporal.

Assim sendo, a identidade do idoso constrói-se pela contraposição à identidade do jovem e, conseqüentemente, tem-se também a contraposição das qualidades: atividade, produtividade, beleza, força, memória, etc. como características típicas presentes nos jovens e as qualidades opostas a elas presentes nos idosos (MERCADANTE, 1998).

Uma pessoa de 70 anos pode estar lúcida e com a saúde boa, portanto pode ser ainda uma bela pessoa. Não se pode deixar cair no conto da juventude eterna: ela não existe. Há o caminho do bem envelhecer. As pessoas que encontram esse caminho, não se deixarão cair nas armadilhas do "velho, mas bem conservado", "velho de espírito jovem". São armadilhas preconceituosas que tiram do idoso o que é real e o que pode ser bom nele: o ser velho (MONTENEGRO, 1998).

É interessante observar que encontramos até mesmo entre as várias formas de caracterizar os grupos de idosos, várias denominações, "Grupo idade de ouro", "Melhor idade", "Maior idade", "Terceira idade", entre outros, como se fossem formas de escamotear a velhice. Seria também, uma forma de não aceitação, um certo inconformismo pelo fato de envelhecer? Relativizam a velhice por designações mais "generosas" que, ao mesmo

tempo, reforçam a idéia de que é possível, com esforço individual, avançar na idade sem ficar velho.

Para Goldman (1998) essas designações tentam, sem muito sucesso, suavizar no discurso, a estigmatização que os idosos vivem no cotidiano. Importa mais que a rotulação, a superação do estigma a que os idosos são submetidos e a significação que adquirem na construção do espaço de cidadania como sujeitos históricos.

Lima (1999) também destaca:

> A velhice, à qual se opõe a terceira idade, é marcada por um repertório de signos que formam códigos de expressão corporal e de comportamento. Como conseqüência da visibilidade desses traços característicos, não é difícil manipular ou até mesmo 'negar' a velhice, apagando seus sinais mais facilmente reconhecíveis, tanto em sua dimensão corporal, quanto em sua dimensão subjetiva. O indivíduo pode ler em seu corpo sinais do tempo, ao mesmo tempo em que nele pode escrever um projeto de envelhecimento. Maquiagem exagerada, roupas extravagantes e coloridas, muitas vezes vistas em pessoas de mais idade, bem como um comportamento lúdico e hedonista, são marcas que pretendem controlar a velhice, contrapondo-se à imagem do que seria o "velho".

4.1.3 Estilo de vida

Lourenço e Motta (1999) destacam a importância dos hábitos de saúde e estilo de vida como fatores de risco de doenças, tais como, o tabagismo, sedentarismo, nutrição inadequada, alcoolismo, entre outros, que acarretam o aumento da mortalidade geral entre idosos, diminuição da sua capacidade funcional e cognitiva.

O estilo de vida, a ocorrência de doenças crônicas ou agudas, acidentes, estresse emocional e condições ambientais desfavoráveis contribuem para acelerar o processo de envelhecimento, porém este é um processo natural. A doença no idoso é que não é uma coisa normal.

Certos hábitos de vida podem interagir, decisivamente, na maneira de ser do indivíduo e influenciar o processo saúde-doença, por isso, a categoria estilo de vida foi determinante na história pessoal do Sr. Pedro, 65 anos de idade, pedreiro aposentado com um salário mínimo e reside em um abrigo de idosos em Araçatuba/SP.

O meio social e cultural, somado à carga genética herdada de nossos familiares, e as histórias pessoais vão influenciar as nossas posturas sociais e corporais. Podemos perceber através do depoimento abaixo, como os hábitos de vida incorporaram-se ao cotidiano do Sr. Pedro e suas conseqüências:

> "Na época eu bebia demais, né? Então eu acho que isso começou a me envelhecer. Acho, não! Tenho certeza porque o álcool diminui a alimentação da pessoa. Eu pouco me alimentava ai foi indo eu fui perdendo a força e perdendo também os amigos, família e tudo mais né. Eu ia levando a vida como Deus queria, né? Eu fiquei meio acabado por causa disso mesmo, né. Calculo que sim! Calculo, não, eu tenho certeza por causa da bebida que não alimentava legal".

O hábito de ingerir bebidas alcoólicas com freqüência modificou as relações do Sr. Pedro, transformando seu corpo. Para ele, a

bebida teve ação decisiva no processo de envelhecimento e na compartimentação de sua relação com as pessoas e com o mundo.

Montenegro (1998) revela:

> Se nosso corpo é o caminho da objetivação no tempo e no espaço, informando e sendo informado através das experiências cotidianas, intelectuais e sensoriais, faz-se então necessária a tomada de consciência deste instrumento de vida. O corpo fala, pensa e sente.

A ingestão freqüente e abusiva de bebidas alcóolicas, aliada ao fumo, constitui fatores de risco claramente relacionados com o adoecimento e com a qualidade de vida dos indivíduos. No caso, o comportamento adotado pelo Sr. Pedro (além da bebida, usava dois maços de cigarro ao dia), na dimensão de sua experiência pessoal, parece ter influenciado o seu envelhecimento, o que lhe permitiu, descobrir pela vivência, que o corpo sente, reclama e adoece.

A bebida tirava-lhe a vontade de comer. O alimento é uma substância indispensável para as necessidades do organismo, fonte de energia, força e resistência física para o bom funcionamento do corpo humano. Ao mesmo tempo, rompeu os laços familiares e de amigos, outro elemento fundamental ao convívio social, pois o homem é um animal biológico e social.

4.1.4 Limitação corporal

A categoria limitação corporal é um dos grandes desafios da velhice. Para alguns, é inevitável, mas certamente é a atitude de cada pessoa que vai diferenciar o modo de envelhecer e de se ajustar melhor a essa fase da vida.

Movimento e envelhecimento são dois temas que estão intimamente ligados, pois o movimento do ser humano não é apenas um ato mecanicista de músculos, ossos e ligamentos articulando-se em direção ao alvo determinado, mas sim uma resposta motora, consciente, que comanda o corpo através de sinais emitidos pelo cérebro.

Para Montenegro (1998) nossos músculos, tensionados ou relaxados, a leveza ou a contenção de nossos movimentos, sua agilidade ou vagareza, são também informações conscientes ou não do momento vivido. O cérebro não é o lugar sagrado das lembranças; nossos corpos e nossos músculos também guardam lembranças e têm memória. E nos relata que, ao nos depararmos com uma mulher de 65 anos ou mais que foi bailarina, provavelmente perceberemos, através de seus gestos, um pouco de sua história. Se observarmos uma daquelas mulheres do sertão, pequenas, magras, de gestos curtos e andar moroso, igualmente iremos perceber um pouco de sua vida.

A capacidade para mover-se e sua importância reside não somente na descoberta em ter ou não saúde, mas em autonomia, no reconhecimento do próprio corpo e do processo de envelhecimento, em realizar as atividades cotidianas.

O Sr. Marcelo, 70 anos de idade, quando perguntamos como percebe que está envelhecendo, nos respondeu:

> "Primeiramente, foi parar de jogar futebol. As minhas pernas enfraqueceu um pouquinho... então eu falei: Já está na hora de começar a parar. A gente leva um tombo, machuca, vai demorar muito para cicatrizar, então a primeira coisa foi parar de jogar futebol".

Esse depoimento, na verdade, retrata a visão estereotipada de muitas pessoas, pois relacionam o envelhecimento, à fragilidade, doenças e perda da vitalidade. O encontro do corpo com suas limitações através das dores corporais reflete o amplo sentimento negativo que incorpora uma sensação de incompetência para o movimento.

Bosi (1994) comenta sobre essa crise de identificação que ocorre na adolescência e na velhice, sendo que, na primeira, a quebra de imagem é fruto de um período de transição, não de declínio, como ocorre na pessoa idosa:

> O velho se sente um indivíduo diminuído, que luta para continuar sendo um homem. O coeficiente de adversidade das coisas cresce: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar. O mundo fica eriçado de ameaças, de ciladas. Uma falha, uma pequena distração é severamente castigada.

Para Ramos (2000), estes mitos incorrem no erro de não levar em conta a importância que a aptidão física tem para a manutenção da capacidade funcional do corpo, ignorando o fato de que suas alterações mais importantes resultam do seu "desuso" e de seu mau uso ao longo da vida, e não do processo de envelhecimento.

Será que a idade é fator de incapacidade corporal? Ou esta aparece quando o imobilismo se instala parcial ou totalmente?

Na realidade, o envelhecimento é um processo natural que ocorre em todos nós, porém temos a possibilidade de estimular o corpo fisicamente com consciência, regularidade e dinamismo, promovendo a manutenção de uma vida ativa com mais qualidade.

Não podemos esquecer que a vida, como campo de nossas experiências adquiridas, constitui uma sucessão ininterrupta de atitudes corporais e de movimentos expressivos e representativos. Isso nos leva a refletir sobre a tragédia do não movimento, através da perda de vontade, do prazer e do interesse. O corpo é a totalidade daquilo que o homem percebe, sente, vive, em relação ao significado que está junto dessas vivências, considerando que cada experiência dá uma nova vida e reflete a própria pessoa (RAMOS, 2000).

4.1.5 Alterações da boca

No tocante à saúde bucal dos idosos, esta também é o resultado de todos os agravos e cuidados aos quais foram expostos os corpos. Por isso, a boca é geralmente o espelho que reflete, na velhice, as condições socioeconômicas desiguais em que as pessoas vivem e trabalham.

Mas como será que nossos idosos perceberam o envelhecimento da sua boca? Em que momento da vida isso ocorreu?

Admitiu-se por muito tempo que a perda dos dentes era uma conseqüência natural do envelhecimento, assim como os cabelos embranquecem e tornam-se mais ralos, a pele se enruga em função da perda de elasticidade do tecido dérmico subjacente, os dentes amolecem e caem, desnudando a boca e os demais componentes.

Beauvoir (1970), em seu ensaio clássico sobre a velhice, relata-nos as modificações na aparência física do idoso, caracterizando o envelhecimento da boca da seguinte forma:

> Caem os dentes. Em agosto de 1957, contavam-se 21,6 milhões de desdentados nos Estados Unidos, ou seja, 13% da população. A perda dos dentes provoca um encurtamento da parte inferior do rosto, de modo que o nariz, que se alonga verticalmente devido à atrofia dos seus tecidos elásticos, se aproxima do queixo.

Na verdade, o edentulismo não é uma conseqüência natural do envelhecimento. Sabe-se hoje que, quando bem tratados, os dentes naturais podem permanecer em funcionamento por toda a vida. A perda do elemento dental não é mais considerada um evento natural, mas sim o resultado de doenças, traumas, e composição genética. Causas comuns da perda dental, como a cárie dental e a doença periodontal, são processos comumente preveníveis com a tecnologia atual (DUNKERSON, 2003).

Revisando um livro de Geriatria, datado de 1986, encontramos a imagem do "velho desdentado" com as típicas deformações da fisionomia devido à atrofia mandibular e maxilar:

> Ocorre o consumo dos dentes com a mastigação, mas também o colorido muda e tende mais ao marron-amarelado, as gengivas se atrofiam devido a que se tornem sempre mais evidentes a coroa dos dentes e as raízes. Dado que também o osso alveolar se atrofia progressivamente, aumenta a mobilidade dos dentes, que por fim caem (NICOLA, 1986).

Mas de onde advém essa concepção tão sedimentada na população de que a perda de dentes se relaciona com o envelhecimento?

Dentes "arrancados", num contexto histórico, sempre simbolizaram uma forma de poder. Entre guerreiros e caçadores, o uso de colares de dentes simbolizavam a supremacia sobre o inimigo e sobre a presa. O mesmo costume ainda procede entre nós. Visível quando as mães utilizam os dentes de seus filhos como pingentes em brincos ou colares, prática que, de certa forma, evidencia o poder materno (MENDONÇA, 1999).

Se a mutilação dentária acompanha o homem em sua evolução, será que, na velhice, essa perda de dentes de alguma forma estaria simbolizando a possível perda de poder dos idosos?

A Odontologia cresceu com bases arraigadas na filosofia mecanicista, com especial ênfase em aspectos biológicos, orientada mais para cura que para a prevenção, individualista e desumanizando-se em prol da tecnificação (FREITAS, 2001).

Dentro desse contexto, a preservação dos dentes (ou sua mutilação) baseava-se na adaptação do homem aos padrões sócio-econômicos e culturais que regem as práticas de cura, no atendimento às necessidades básicas do homem de ter saúde para poder produzir.

Com isso, construiu-se, historicamente, um modelo de prática odontológica centrado na doença, particularmente, na doença cárie, adotando-se, como medidas de controle e erradicação do problema, a restauração e a exodontia do dente danificado.

Como relatava Badeia (1988), é importante entender que a prática Odontológica é determinada pela estrutura da sociedade, o que lhe confere um caráter histórico, isto é, ela se difere em cada sociedade.

Na América Latina, a prática que prevaleceu se processou através do modelo de produção capitalista, resultando numa odontologia de classe, portanto, marcada pela comercialização (economia de mercado), o lucro e domínio absoluto do curativo e da mutilação (BADEIA, 1988).

Outro paradoxo importante é que a Odontologia, inicialmente, estruturou o conhecimento científico de uma forma fragmentada, no que se refere à visão da cavidade bucal como que isolada do restante do corpo, o que levou ao não reconhecimento da saúde bucal como componente importante da saúde geral do indivíduo pelos profissionais e pela população.

O resultado disso tudo é uma concepção fundamentada das doenças da boca e dos dentes instaurada pelo paradigma cirúrgico-restaurador, onde a dor e o padecimento dos dentes eram tratados de forma mutiladora. Portanto, a mutilação dentária é produção sócio-cultural e a Odontologia participa desse processo e também a produz.

Para Mendonça (2001) o desdentamento no Brasil é uma prática instituída pelas instâncias de Saúde Bucal como cuidado sanitário. Em seu estudo sobre a mutilação dentária no interior da Bahia, abordou a mutilação dentária, tendo como pressuposto que "*a responsabilidade da perda dentária não é cultural, pois os cidadãos usuários ao procurar as instâncias de saúde bucal, creditam nelas o restabelecimento de um estado de saúde*". Esclarece que são muitas as evidências de uma Odontologia que, também transfere responsabilidades, quando o assunto é mutilação de dentes. Nesse sentido, explica que a partir da abordagem biologicista da saúde bucal, entendendo-se motivação do indivíduo como estratégia de cuidado, a responsabilidade da perda dentária é atribuída exclusivamente ao sujeito.

A perda de dentes como um tabu bucal na velhice pode–se dizer que se reveste de caráter punitivo, quando o resultado é a privação, a restrição e a diminuição no consumo dos alimentos e do próprio desejo de alimentar-se, da boca que cala e consente, pouco fala, estabelecendo a perda do poder (MENDONÇA, 1999).

Quando perguntamos a Sra. Maria, 75 anos, em relação às modificações que ocorreram em sua boca, ela nos respondeu:

> "Sim, a gente envelhece, né? A gente envelheceu. O rosto aqui, essa parte aqui murcha (referindo-se a porção inferior do rosto), não é como o dente natural, porque também o osso vai, né. A gengiva vai murchando e a gente nota que a gente tem... que os traços vão ficando mais envelhecidos".

A exemplo do que ocorre no resto do corpo, as estruturas da cavidade bucal também sofrem modificações com o avanço da idade. Por isso, é preciso estar atento às transformações fisiológicas e anatômicas por que passam as estruturas orais, assim como, reconhecer as principais patologias decorrentes do envelhecimento.

No relato, a nossa entrevistada fala que ficou com a "boca murcha". O que observamos foram os efeitos negativos na sua saúde, provocados pela perda de inúmeros dentes e pelo uso de prótese; o osso reabsorve e a gengiva regride como conseqüência da avulsão dos dentes.

Realmente ocorrem algumas alterações bucomaxilofaciais decorrentes do envelhecimento. A pele torna-se enrugada pela perda da elasticidade devido à diminuição do teor hídrico, assim como da quantidade

de gordura associada à perda do tônus da musculatura. Com a avulsão dos elementos dentários e devido à abrasão dos dentes remanescentes, ocorre alteração da dimensão vertical, provocando queilite angular e aproximação do ápice nasal ao mento (BORAKS, 2002).

De acordo com esse mesmo autor, o rebordo desdentado e a superficialização do plexo nervoso mentoniano ficam sujeitos a dores, ardores, e, principalmente, queimações. A mucosa torna-se ressecada, com conseqüente perda da dimensão vertical e fragilidade tecidual. Desordens temporomandibulares, em razão da perda de dimensão vertical, má oclusão, com o decréscimo progressivo do tônus muscular mastigatório e facial fazem com que os traços fisionômicos se tornem distorcidos.

A perda de elementos dentais determina mudanças físicas e fisiológicas como a redução do tônus da musculatura facial produzindo deformação da face, fala, deglutição e mastigação, comprometendo, dessa forma, todo o início do processo digestivo (PUCCA JÚNIOR, 1996).

Segundo Moriguchi (1992), além dessas alterações, pode ocorrer dificuldade na pronúncia, comprometimento do aspecto estético e predisposição a doenças geriátricas:

- Um indivíduo com todos os dentes naturais tem uma capacidade de mastigação de 100% e com a perda de um dente, essa capacidade cai para 70%. Com uma prótese

unitária, a capacidade é de 90% e, com prótese total, é de 25% (SAKAKIVARA *apud* MORIGUCHI, 1992).

- Outro efeito produzido em função da diminuição da mastigação é a atrofia do grupo muscular mastigatório. A secreção ácida do estômago diminui, diminuindo a capacidade digestiva.
- A capacidade de saborear e a de sentir os alimentos vão ser alteradas também, pois, no idoso, há uma diminuição de seus corpúsculos gustativos.
- Com a diminuição da água intracelular, aumenta o risco de desidratação. Isso acontecendo, há a perda natural de umidade bucal, dificultando, assim, o uso de prótese, que não fica firme pela falta de umidade, provocando atrito entre as paredes da boca tornando dolorosa a mastigação e a fala.
- A perda dos dentes e o uso de prótese dificultam a pronúncia de certo fonemas, como, por exemplo, do "s" e o "t".
- Com os distúrbios digestivos provocados pela perda dos dentes pode ocorrer o aparecimento de úlceras gástricas. A sobrecarga dos movimentos do estômago devido à insuficiência de mastigação pode provocar o câncer de estômago.

Ao indagarmos à Sra. Rebeca quando começou a envelhecer e se percebeu alguma alteração na sua boca, ela nos respondeu prontamente:

> "Ah, completamente! Outra boca, né. Tudo, tudo é diferente. Eu achei que não fosse chegar nisso e cheguei". Sra. Rebeca

O indivíduo desdentado, normalmente, apresenta-se com a face encovada, o queixo proeminente, nariz pontudo, retração das bochechas, lábios adelgaçados, rugas peribucais e mordida colapsada, comprometendo não só o aspecto estético, como o social, levando-o, muitas vezes, a adquirir um comportamento depressivo. Infelizmente, essa descrição do perfil do "idoso banguela" é um quadro típico muito usado, ainda hoje, em caricaturas, folhetos e fotografias.

Infelizmente, a perda dentária, particularmente em nosso país, não é apenas um fenômeno observado nos idosos. Adultos e jovens também estão sujeitos à mutilação dos dentes. Estudo como o de Cangussu et al. (2001) mostrou que a faixa etária de 35-44 anos apresenta alto percentual de perda dentária (43,1%) e o uso de prótese total também foi observado em 8,8% dessa população.

O edentulismo não é um fenômeno observado somente no Brasil. Padilha (1997), estudando idosos brasileiros e ingleses, constatou um número significativamente maior de ingleses desdentados em relação aos brasileiros, atribuindo razões históricas para explicar o maior nível de edentulismo entre o grupo inglês.

A complexa relação que se estabelece entre perda dentária e as mudanças que ocorrem no organismo do indivíduo agravam-se no idoso, mas são também graves em qualquer idade.

A manutenção dos dentes íntegros na boca é sinônimo de saúde e beleza, geralmente, associada ao organismo forte e jovem. Ao contrário, "dentes podres", "raiz residual" e "bocas desdentadas" estão relacionados a um corpo em decadência, à doença, à falta de cuidados, à feiúra e à velhice.

Quando indagado de como percebeu que a boca estava envelhecendo, o Sr. Pedro relatou-nos que a cárie dental anunciava sua velhice:

> "Foi uma cárie que me deu. Começou a dar a cárie, aí uma vez eu fui num dentista, até meu pai, eu me lembro eu era mais novo, solteiro, meu pai pagou para eu ir ao dentista, eu fui. [...] Aí eu peguei e o que eu fiz: larguei de mão, né. Aí, os dentes foi indo, foi indo estragando, ai, sempre tinha problema, que os dentes iam estragando ia dar problema, aí ou eu arrancava ou eu amolecia com força."

Extrair o dente constitui-se na maneira mais tradicional de se livrar do problema. A cárie dentária foi e continua sendo o principal problema da Odontologia, merecendo maior atenção na prática diária, tanto do ponto de vista do tratamento curativo, como também preventivo.

De acordo com um texto Sumeriano datado de 5.000 a.C, "a dor de dente era causada por um verme que bebia o sangue dos dentes e se alimentava nas raízes dos maxilares". A idéia de que cárie é causada por um

verme foi aceita universalmente e pode-se dizer que, ainda hoje, existe inconscientemente, quando nos referimos a uma dor de dente como uma "dor atormentante" (NEWBRUN, 1988).

São muitas as teorias e os métodos explicativos para a ocorrência da cárie. Em 1890, Miller concluiu que a cárie era um processo químico-parasitário, sendo que, na década de 1940, o papel dos microrganismos na cárie foi demonstrado. Nos anos 60, Keyes provou ser a cárie uma doença transmissível em animais, dando origem à tríade ecológica de Keyes, que se resume ao hospedeiro, representado pelo dente e saliva, à dieta e aos microrganismos, inaugurando a multicausalidade em Odontologia (MALTZ, 2000; FREITAS, 2001).

Com agregação de novos conhecimentos, Newbrun (1988) adiciona a este modelo um novo fator, o tempo. Há uma subestimação e uma grande dificuldade de compreensão em relação aos fatores externos à boca, principalmente àqueles determinados ou potencializados pela sociedade (FREITAS, 2001).

Além dos fatores determinantes que influenciam de maneira decisiva o desenvolvimento da doença, tais como, a presença de flúor, a dieta, a saliva e os microorganismos, existem os fatores sócio-econômicos e comportamentais que interferem nos fatores determinantes e, dessa maneira, na doença cárie (FEJERSKOV e MANJI *apud* MALTZ e CARVALHO, 1997).

Portanto, a doença cárie e a perda de elementos dentários também é uma questão que deve ser percebida pelo seu componente social e histórico, entendendo como a sociedade vive e explora a força de trabalho.

O tratamento da doença cárie, durante muitos séculos, foi constituído pela remoção do dente. No século XIX, entramos na "era restauradora". Não havia conhecimento para o controle da doença. O único tratamento possível era a remoção do tecido cariado na tentativa de impedir a progressão da lesão (MALTZ e CARVALHO, 1997).

A abordagem restauradora tradicional centrada no tratamento das cavidades influenciou a prática odontológica em muitas partes do mundo. Desenvolveu-se uma maneira mecânica para solucionar problemas relacionados com as doenças bacteriológicas, entretanto essa abordagem não promoveu um tratamento efetivo da doença cárie (ELDERTON, 1997).

A cárie dentária, na verdade, pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em idosos, a cárie radicular. Atualmente, com o desenvolvimento de tecnologia apropriada e novos meios de diagnóstico, pode-se inferir o progresso da lesão cárie e evitar perda de unidades dentárias se medidas de proteção e/ou recuperação forem tomadas.

No depoimento do Sr. Marcelo, a doença periodontal e perda dentária foram citadas como indicativo de que a velhice estava se instalando na cavidade oral:

> "Ah! Senti porque eu tinha muita bolsa na boca, então, precisei fazer algumas cirurgias, foi tirando uns dentes, aí, já precisei usar uma removível. A superior é removível. Agora, a inferior, é prótese total".

Quando o Sr. Marcelo nos revela que tem bolsa, doença conhecida popularmente como piorréia, na realidade, está se referindo à doença periodontal, uma lesão infecto-inflamatória que envolve os tecidos de sustentação dos dentes, causando a bolsa periodontal e a perda de inserção conjuntiva, do osso alveolar e do cimento radicular (LASCALA, 1997).

Podemos identificar a periodontite através de seus sinais e sintomas, como a presença de sangramento, extrusão do dente, diastemas, migração patológica, presença de mobilidade dentária, retração gengival, perda da unidade papilar, halitose, dor e perda espontânea dos dentes, entre outros (LASCALA, 1997).

De fato, muitos desses sintomas no imaginário coletivo (dente mole, dente crescido, odor podre, sangramento na gengiva) são associados aos indivíduos com mais idade, confundido-se com doenças do envelhecimento quando, na verdade, são patológicas e acometem qualquer indivíduo.

Por muito tempo, pensava-se que a periodontite era a principal causa das perdas dentárias nos adultos, mas, atualmente, sabe-se a cárie dental ainda é a principal causadora das perdas dentárias. Porém, a periodontite, além de ser responsável por parte das perdas dentárias pode,

por suas características, facilitar o desenvolvimento de lesões cariosas radiculares (OPPERMANN e RÖSING, 1997).

Locker e Leake (1993) examinaram indicadores e marcadores de risco para experiência de doença periodontal em 624 adultos com idades a partir de 50 anos que vivem independentes em quatro comunidades em Ontário, Canadá. Os dados foram coletados como parte da fase padrão de um estudo longitudinal da saúde oral e necessidades de tratamento dessa população. A experiência de doença periodontal foi avaliada em termos de perda de inserção, medida em dois sítios de cada dente remanescente.

A perda de inserção média foi de 2,95 mm, e 76,6% dos sítios examinados tinham perda de 2 mm ou mais. Em análise bi-variada, os fatores de predição de doença periodontal mais consistentes foram: idade, educação, rendimentos, fumo, visita ao dentista, número de dentes remanescentes, número de superfícies coronárias cariadas e número de superfícies radiculares cariadas. Em análise multi-variada, idade, educação, *status* de fumo atual e número de dentes tiveram os efeitos independentes mais consistentes. Esses dados confirmam que a experiência de doença periodontal é influenciada por fatores sociais e comportamentais.

Dados epidemiológicos encontrados por Rosa et al. (1992) revelaram condições periodontais críticas, pois, nos idosos examinados nos domicílios, 50% dos sextantes necessitavam de tratamento complexo e nas

instituições, este percentual elevava-se para 67%. Isso é preocupante, no sentindo de que os maiores problemas estão presentes nas instituições beneficentes e sem acesso aos serviços especializados, situação esta que incrementa o edentulismo.

Em outra pesquisa, Rosa et al. (1993) demonstraram a precariedade de se caracterizar a saúde bucal da terceira idade em função dos altíssimos números de dentes perdidos. Somente 105 de cada 1.000 pessoas com 60 anos ou mais foram consideradas sadias do ponto de vista periodontal.

Van Der Velder apud Marcaccini et al. (1997), em suas pesquisas, sugere que o grau de colapso periodontal aumenta com a idade; a inflamação do periodonto tende a progredir mais rapidamente, e o periodonto mostra uma taxa mais baixa de cicatrização. Entretanto, esses fenômenos são mascarados pela suscetibilidade à doença periodontal.

Para Marcacini et al. (1997) e Luz (1999), os efeitos do envelhecimento sobre o periodonto não estão relacionados com doença periodontal, mas sim com suscetibilidade do paciente à doença, quer ele seja idoso ou jovem.

Cangussu et al. (2001) encontraram alto percentual de sextantes excluídos nos adultos e idosos, em razão da ausência de dentes suficientes para o exame. Na faixa etária de 35- 44 anos, a condição de

sextante classificada como sadia foi de 46% e esse percentual cai para 20,8% nos idosos acima de 65 anos.

Achados semelhantes também foram encontrados por Meneghim e Saliba (2000), tendo encontrado bolsas profundas em apenas 7% da população examinada, e por Silva et al. (2002), em menos de 1%.

Chagas et al. (2000), constataram que o total de idosos com bolsas superficiais e profundas corresponde a 36,22% e o de pessoas sadias a 7,08%.

Meneghim et al. (2002), comparando duas faixas etárias, 50 a 75 anos e 75 anos ou mais, constataram que nesta última faixa etária há um maior número de sextantes eliminados e a necessidade de tratamento periodontal para os sextantes remanescentes também é maior.

A elevada porcentagem de edentulismo observada nos adultos e idosos, como conseqüência tanto dos problemas de cárie dentária como de doença periodontal, tem sido considerada como doença comum nos idosos, entretanto pode ocorrer em qualquer idade. Além de condições precárias de higiene bucal e a presença de microorganismos patogênicos na placa bacteriana, há outros fatores extra-bucais envolvidos na etiologia dessas doenças. Os fatores psíquico-emocionais, como a presença de depressão, de ansiedade, têm sido relatados como determinantes no aparecimento dessas doenças.

4 Resultados e Discussão
4.2 A Bucalidade na Velhice

4.2 A Bucalidade na Velhice

> O que nos interessa não é necessariamente o biológico ou o social. É o que se situa ao nível do olhar, de nós aos outros, dos outros a nós, de nós a nós mesmos. Claude Olievenstein

O termo "bucalidade" amplia o conceito de "boca" que geralmente é visto como um órgão da fala, ou melhor, a cavidade que se situa na parte inferior da face, entre a maxila e a mandíbula, onde a língua e os dentes estão inseridos, formando a primeira parte do aparelho digestório.

A bucalidade estabelece as relações da cavidade bucal e sua articulação com a vida das pessoas vai além das funções atribuídas à boca e a seus órgãos, tais como a linguagem, o prazer e a manducação.

Botazzo (2000) explica que antes de ser um órgão, a boca é mais um *território*, um lugar, um espaço. De fato, não pode ser tomada - se chamamos órgão - como massa tissular homogênea ou formação anatomofisiológica com função unívoca. São vísceras que delimitam essa existência e estas é que são os *órgãos desse lugar*. São dentes, músculos, mucosas, glândulas, freios, ductos e espículas, que uma embriologia caprichosa cuida em dispor como convém. Se há uma função é porque tudo isso entra em movimento de modo mais ou menos simultâneo, ou mais ou menos em conjunto. Sendo assim, para este autor, essa *disposição das vísceras* aparece como fato derivado, como produção sociocultural.

Do ponto de vista psicossomático, a boca é, provavelmente, o órgão mais importante do corpo humano. É uma zona do organismo que podemos considerar como uma encruzilhada entre o vegetativo e o psicológico. Por exemplo, por ela entra o alimento que assegura nossas funções biológicas e por ela nos expomos ao mundo através da palavra, do gesto ou do beijo, e por ela exalamos o último suspiro e morremos (PUCCA JÚNIOR, 1996).

4.2.1 Manducação

Manducação é o nome do movimento realizado pela boca que apreende, tritura, insaliva e deglute. As vísceras são excitadas numa espécie de balé sinérgico, um trabalho biomecânico se desenrola. É o trabalho que realiza como máquina de mastigar, os múltiplos órgãos da boca cada um funcionando de acordo com sua aptidão (BOTAZZO, 2000).

Nos livros de anatomia, a boca e os dentes são relatados como órgãos pertencentes ao aparelho digestório, cuja função é a desintegração mecânica dos alimentos (seria o comer), desempenhando também papel relevante na dicção das palavras (o falar).

A introdução do alimento no estômago ocorre por meio da boca, onde se inicia a digestão, sob ação da enzima amilase salivar ou ptialina, ocorrendo a desintegração parcial e umectação da saliva, formando

um bolo alimentar de forma semipastosa; é, portanto, um processo mecânico e químico. Mas também é um processo emotivo ligado à psique humana, pois o comportamento do homem é o produto de impulsos ou sistemas de motivação como o sexo, agressão ou dependência e é a mente que canaliza, dirige e controla esses impulsos (ZEGARELLI et al., 1982a).

Lembra-nos o adágio popular - "somos o que comemos". Quantas vezes sentimos fome, mas não conseguimos comer. Mesmo que a boca esteja ali, pronta para exercer sua função e o alimento à nossa disposição, a comida não desce, fica engasgada porque estamos "emocionalmente perturbados" em função de alguma situação desconfortável.

O movimento da boca não é aleatório e segue um ciclo: o alimento é apreendido, dilacerado, triturado de um lado da boca, formatado pela ação da língua, músculos e bochechas, depois repassado ao outro lado da boca, escoando pela face interna dos dentes anteriores superiores (BRUNETTI et al, 2002).

Portanto, fica fácil imaginar que esse "sinergismo bucal" é rompido quando perdemos alguns elementos dentários, situação esta comum entre os nossos idosos.

Devemos ficar atentos à diminuição do fluxo salivar em idosos, pois este fato torna a mastigação e a deglutição dos alimentos mais difíceis, dolorosas e desagradáveis.

Um líquido precioso que temos é a saliva, o que lhe valeu a expressão ficar de "água na boca", "boca cheia" ou, simplesmente, de "boca seca". Na verdade, são inúmeras as expressões derivadas dela, como "babar por alguém ou por algo", "cuspir no prato que comeu", entre outras. Com o aumento da idade e com o uso de fármacos, ocorre a redução do fluxo salivar e, conseqüentemente, alteram-se as funções da saliva, como a lubrificação dos tecidos orais, afetando a mobilidade da língua, dificultando a gustação e a deglutição dos alimentos.

A saliva, uma combinação de secreções presentes na cavidade bucal, provenientes de glândulas salivares maiores (parótida, sublingual e submandibular) e acessórias, desempenha uma série de funções primordiais na homeostasia bucal. Com contribuição imediata na preparação para que ocorra a digestão do alimento, a saliva tem ação na formação do bolo alimentar e como lubrificante das estruturas bucais para facilitar a deglutição (KINA et al, 2001).

Além de participar da digestão dos alimentos, a saliva possui as seguintes funções: lubrificação através das glicoproteínas, contribuindo para a integridade da mucosa oral; equilíbrio da microbiota da cavidade oral, cuidadosamente preservado pela ação dos componentes antibactericidas e antifúgicos; capacidade tampão da saliva e seu efeito protetor sobre a dentição; remineralização de cáries incipientes, devido à supersaturação da saliva em sais de cálcio e fosfato e às diversas proteínas salivares, tais como

as proteínas aniônicas, ricas em prolinas que também participam da remineralização (BAUM et al., 1991).

Existem evidências de redução de até 75% da atividade enzimática da saliva em pessoas com mais de 60 anos. A viscosidade da saliva também é significativamente reduzida entre os idosos. A redução do volume salivar e de seus constituintes está associada com a atrofia que se estabelece com a idade, envolvendo não só as células secretoras como também os ductos, sendo a fibrose das estruturas glandulares uma alteração senil bastante comum (CORMACK, 2000).

Acrescente-se o fato de que muitas drogas têm potencial para afetar a função da glândula salivar, e que o uso de medicamentos pelos idosos é consideravelmente maior do que o da população mais jovem. Pode-se, então, imaginar a relevância desse problema.

Quando abordado o assunto da falta dos dentes e qual a principal dificuldade que sentia para realizar as atividades diárias, o Sr. Pedro revelou:

> "Ah! Na alimentação. Não era tudo que eu podia comer, não. Quando eu estava sem os dentes, eu fiquei uns 10 anos, quase 10 anos sem os dentes, eu comia direto, né, direto, como se dizia. Tinhas as coisas que eu não podia comer".

Comer direto significa comer o alimento em pedaços quase que inteiros, sem executar a desintegração mecânica adequada da comida, praticamente, sem a intermediação dos dentes ou da prótese dentária. Ou

seja, quase sem escala na boca, indo direto ao esôfago via faringe, exigindo esforço muscular extra da língua, órgão principal da deglutição, do gosto e da articulação das palavras.

Esse jeito de "comer direto" tem implicações que vão além de uma má digestão dos alimentos, modifica o próprio corpo e o modo de sobreviver do desdentado que, forçosamente, tem que mudar seus hábitos alimentares para uma dieta mais pastosa e, em geral, pobre em nutrientes conforme sua condição funcional de mastigação.

É preciso entender que não só pela falta dos dentes, mas ainda em conseqüência das alterações dos músculos e das articulações, a mastigação não é mais como nos jovens. Então surgem repercussões ao nível das funções digestivas e da nutrição (NICOLA, 1986).

A Sra. Rebeca lembrou da dificuldade que teve quando começou a usar prótese removível inferior:

> "Muita dificuldade. Agora que eu estou começando porque na hora de mastigar até verdura que eu tenho que mastigar, eu não estou conseguindo mastigar direito. Ainda dói a gengiva".

Estudos recentes mostram a estreita relação entre estado precário da dentição em idosos e sua influência na mastigação e a condição nutricional, ou seja, a importância que os dentes exercem na saúde sistêmica do indivíduo.

Shimazaki et al. (2001) realizaram uma pesquisa em idosos institucionalizados na cidade de Kitakyushu, Japão, com aproximadamente 2% do número total estimado para a população de 65 anos de idade, isto é, em 1.929 idosos, inicialmente em diversos níveis (independentes, parcialmente dependentes e dependentes).

Verificaram se o estado da dentição pobre influenciava a habilidade física, deterioração mental e mortalidade. A idade média dos sujeitos foi de 79,7 anos. Decorridos seis anos, 856 morreram e 187 sujeitos foram hospitalizados. O pior estado de dentição liderava, significantemente, a deterioração física e mental e a alta mortalidade.

A capacidade física em edêntulos sem uso de prótese foi significantemente pior, quando comparados com sujeitos dentados com 20 ou mais dentes, assim como a taxa de mortalidade foi maior. Ao término do estudo, os autores sugerem que a manutenção dos dentes na boca e o uso de prótese é uma importante questão a ser considerada na saúde do idoso, proporcionando uma vida mais longa.

O estado de saúde dentária influencia a nutrição, assim Sheiham et al (2001) realizaram um estudo no Reino Unido, baseado na Pesquisa Nacional de Dieta e Nutrição, e buscaram a relação entre estado dentário nos idosos com mais de 65 anos de idade e a existência de nutrientes adequados em sua corrente sangüínea.

Através de uma amostra nacional randomizada, analisaram sujeitos que viviam em suas casas e institucionalizados, utilizando-se exames bucais, entrevistas, diário alimentar de quatro dias e exames de sangue e urina. Concluíram que a ingestão da maioria dos nutrientes foi menor nos sujeitos edentados do que nos dentados, sendo significantemente menor a ingestão de fibras, proteínas, cálcio, ferro, niacina e vitamina C. Pessoas com 21 dentes ou mais consumem mais nutrientes, particularmente, os polissacarídeos não-amidos, que são as fibras.

Entre os participantes com dentes naturais (a amostra foi divida em 1 –10, 11-20 e 21 ou mais dentes), nos que tinham mais dentes foi encontrada uma média maior na ingestão de alimentos energéticos, proteínas, açúcares, não lácteos, cálcio, ferro, niacina e vitamina C e E.

Uma associação significativa entre pessoas dentadas e edentadas e nível de saúde corpórea em relação ao ácido ascórbico e retinol do plasma também foi revelada, sendo que o valor do ácido ascórbico para os edentados foi em torno de 20% menor do que para os dentados (SHEIHAM et al., 2001).

Marcenes et al. (2003), com o objetivo de revisar os dados do levantamento epidemiológico conduzido no Reino Unido, na Pesquisa Nacional Britânica de Dieta e Nutrição, avaliaram a relação entre saúde bucal, ingestão de nutrientes e estado nutricional numa amostra institucional e outra não-institucional.

Quanto à dificuldade de comer alimento, foi citado que no primeiro grupo 53% tinha problemas ou não podia comer maçã, contra 50% dos que viviam na comunidade, 51% cenouras contra 41%, 50% bife bem passado contra 33% e 57% de nozes contra 42%.

Os autores concluíram que manter uma dentição natural funcional, definida como ter 21 dentes ou mais, desempenha um importante papel em ter uma dieta saudável rica em frutas, verduras e legumes, um estado nutricional satisfatório e um índice de massa corporal aceitável. A saúde bucal precária impõe restrições à dieta das pessoas com conseqüências para a condição nutricional. Além disso, é preciso observar a condição sócio-econômica que limita o acesso aos bens de consumo e à alimentação, à condição psicológica e ao estilo de vida.

Berti (2002) examinou 205 pessoas de ambos os sexos com idade de 60 anos, residentes no município de Cascavel/PR. Quanto aos problemas funcionais, os resultados encontrados revelaram que 36,56% dos indivíduos portadores de prótese e 28,33% do grupo com dentes naturais sempre apresentam limitação de tipo ou quantidade de alimentos devido a problemas com seus dentes ou próteses; 43,45% dos edêntulos e 28,33% dos dentados tinham problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã.

Quintale et al. (2002) avaliaram as mudanças anotomofisiológicas da mastigação, deglutição e as modificações nos hábitos

alimentares em 100 idosos. Verificaram que houve mudança da alimentação na maioria dos idosos entrevistados, conforme resposta afirmativa de 71, 88% das mulheres de 60 a 69 anos e 59,26% das mulheres de 70 a 80 anos, assim como 70,92% e 80%, respectivamente, dos homens de 60 a 69 e de 70 a 80 anos.

A vida moderna impõe um ritmo acelerado e uma luta contra o tempo. Até mesmo no momento dedicado à refeição, comemos rápido, precipitadamente, sem mastigar os alimentos corretamente e, geralmente, tipo "fast food". Sobre isso, A Sra. Maria fez a seguinte colocação:

> "Acho que agora com o dente assim, a gente engole um pouco mais inteiro mas também não sei se é muito o fator ou se é a pressa que eu tenho de fazer as coisas porque eu sou assim, sou muito ativa, então estou fazendo uma coisa aqui e estou pensando em outra ali, estou comendo aqui, já estou pensando em fazer outra coisa ali, então eu nunca parei pra pensar se eu mastigo menos porque eu tenho muita pressa em fazer as coisas, ou se eu mastigo menos porque eu estou com a dentadura, sabe!"

A abrangência do que foi dito no depoimento acima nos dá a dimensão dos dentes como objeto de apreensão e trituração dos alimentos que vai além da fisiologia do nosso corpo. O alimento e o tipo de dieta evoca uma razão cultural e é impregnada de signos, mitos e valores que regulam nosso jeito de comer e de sentir prazer. As limitações na escolha do alimento ou no modo de mastigação dos alimentos não são apenas fruto da ausência total ou parcial dos dentes, elas refletem a relação direta do nosso "eu" com o mundo.

O jeito de comer define não só aquilo que é ingerido como também aquele que ingere, afirma Da Matt *apud* Mendonça (1999) associando a diferença entre comida e alimento. Segundo ele, comida não é apenas uma substância alimentar, mas também um mundo, um estilo e um jeito de alimentar-se.

Ter muita pressa em fazer as coisas ou ter dentadura, não é a questão principal. Como disse Martins (1998):

> Não há problemas principais ou subordinados, todos os problemas humanos são concêntricos. Quando procuramos compreender uma pessoa, essa compreensão nunca se dá de forma pura, mas somente por meio de interseções das suas várias dimensões. Precisamos, então, pensar na idéia do tempo propriamente dito, e é somente acompanhando a sua dialética interna - o homem não está no tempo, é o tempo que está no homem - que seremos então levados a compreender a idéia do sujeito humano.

O tempo origina-se das relações com as coisas em si mesma. Há um futuro e um passado que estão em um estado de preexistência eterna e de sobrevivência. É na cotidianidade da vida, naquilo que fazemos, que vivemos, no nosso trabalho, no dia e na noite, é aí que se estabelece o contato com o tempo e, então, aprende-se a conhecer o seu curso (MARTINS, 1998).

Além do simbolismo que o alimento oculta na vida cotidiana das pessoas, seja qual for o critério escolhido para comer, poderá interferir diretamente na saúde e/ ou doença dos indivíduos.

O paladar constitui um dos cinco sentidos do ser humano que, associado à visão, audição, tato e olfato, permite a ligação com o meio

externo, proporcionando perceber o sentido do gosto, da forma, temperatura, consistência, pressão, textura, peso e cheiro dos objetos.

Na verdade, gosto se refere à sensação experimentada durante a estimulação dos quimiorreceptores orais e inclui a estimulação de células receptoras especializadas dos botões ou corpúsculos gustativos, que são os órgãos específicos para recepção dos estímulos (o órgão do gosto), e terminações nervosas livres na cavidade bucal. A maioria dos botões gustativos estão localizados na superfície da língua, porém também se distribuem tanto no palato mole como no palato duro, na mucosa da epiglote, na laringe, na mucosa da faringe e mesmo na mucosa dos lábios e das bochechas, e em algumas pessoas, na porção inferior da língua e no assoalho da boca (KINA et al., 2001).

A redução da sensibilidade para os gostos primários - doce, amargo, ácido e salgado - inicia-se após os 50 anos, com menor intensidade para o sabor ácido, sendo essa ocorrência atribuídas a mudanças degenerativas nos receptores de gustação (TOMMASI, 1997; SALGADO, 2003).

A diminuição da perda de função de um ou mais órgãos dos sentidos é progressiva e pode levar o indivíduo idoso a referir a mais variada sintomatologia, como formigamento, parestesia ou mesmo perda de paladar; ocorre também distorção do paladar. É comum o paciente falar de um gosto

amargo na boca e ardor, quando da ingestão de alimentos salgados ou cítricos (BORAKS, 2002).

Para o Sr. Marcelo que usa prótese há mais de 20 anos, a principal dificuldade que sentiu no seu processo de mudança dos dentes naturais para a prótese total inferior e prótese removível superior posterior, diz respeito ao sabor dos alimentos:

> "Determinados alimentos, ficam hum... não tinha aquele sabor quando a gente tinha os próprios dentes. A gente sente um pouquinho a diferença, né, com os alimentos".

As mudanças sensoriais pertinentes ao aumento da idade incluem declínio e eventual perda de acuidade visual, audição, olfato e sensação de gustação, que evoluem gradativamente através dos anos. Essas alterações interferem na ingestão de nutrientes e no estado nutricional do idoso, ressaltando o olfato e a gustação como aqueles que afetam mais diretamente o comportamento alimentar.

O desejo de obter determinado alimento e ficar com a "boca seca" de não poder devorá-lo e o temor de que o alimento escolhido não trará satisfação (sabor desagradável) causa no mínimo, uma sensação de frustração e de dependência por padrões alimentares restritos.

Existe uma tendência a comer alimentos mais moles que, em geral, têm mais calorias em relação ao valor nutritivo das frutas e verduras substituídas por eles. Esses alimentos mais moles têm menos vitamina A,

vitamina C, ácido fólico e fibras e a mudança do padrão nutricional pode levar a ingestão deficiente e constipação intestinal (SALGADO, 2002).

A interferência de prótese total ou parcial na sensibilidade gustativa foi relatada também no depoimento da Sra. Maria:

> "Olha, eu acho que o gosto muda pouco porque é um negócio artificial, quando você está com o seu dente, você mastiga com mais segurança, você segura a comida mais tempo na boca, parece que é mais gostoso mastigar, né? Agora, eu acho quando a gente tem assim dentadura, tudo já vai... você vai engolindo mais depressa, porque acho que você não sente muito o alimento".

Embora alguns pacientes relatem uma experiência de diminuição da sensibilidade gustativa após a colocação de prótese total, ainda existe bastante controvérsia sobre o assunto, principalmente pela subjetividade da sensação.

Uma explicação do efeito da dentadura sobre o gosto pode estar relacionada à percepção bucal, que é resultado da estimulação dos receptores do tato, da temperatura e da dor na mucosa bucal. Assim, a sensibilidade composta do paladar, pode ser prejudicada pela simples presença da base física da dentadura (KINA et al, 2001).

Kina et al (2001) consideram que o paladar tem um papel importante para a qualidade de vida na terceira idade e suas alterações podem trazer grandes transtornos no controle de dietas e conseqüentemente na nutrição do idoso. Citam os principais motivos para a alteração gustativa no idoso:

- A má higiene bucal pode determinar considerável diminuição da percepção gustativa, pela simples presença física de matéria alba, fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando, assim, a estimulação dos quimiorreceptores orais.
- Outro problema a considerar é a presença constante de substâncias químicas na cavidade bucal que pode levar à exaustão ou fadiga da percepção pela estimulação constante dos corpúsculos gustativos, como alguns agentes de higiene dental (Clorexidina, Hexetidina, Laurilsulfato de sódio).
- As alterações gustativas causadas por medicamentos devem ser provavelmente as mais comuns, razão pela qual são normalmente consideradas como efeitos colaterais temporários. Este fato deve ser analisado com atenção no grupo da terceira idade, não só pela sua maior suscetibilidade às reações adversas aos medicamentos, mas também pela alta ingestão de drogas por este grupo. Este grupo etário é aquele que mais utiliza medicamentos, com uma média de 13 prescrições e renovações anuais; uma a cada quatro prescrições é dada para pessoas com 65 anos ou mais.

- A taxa de fluxo salivar naturalmente diminuído por um declínio no número de células acinosas (responsáveis pela fabricação de saliva) na terceira idade, não traz nenhum efeito significativo em pessoas idosas sadias. Porém, uma série de fatores associados pode diminuir significativamente o fluxo salivar, provocando um processo de xerostomia. A saliva desempenha funções essenciais na atividade gustativa, onde, com sua capacidade como solvente, promove a solubilização do alimento e atua como meio de transporte das moléculas gustativas aos receptores.

Brunetti et al. (2002) realçam o papel primordial que a saliva tem em manter a homeostasia da cavidade bucal. Sua ausência (ou diminuição) permite o aparecimento de cáries rampantes, candidíase, disfagia e desconforto para mastigar, para usar próteses e na percepção de gosto.

Com o avanço da idade, costuma aparecer na língua certas alterações nas estruturas básicas e as alterações na superfície por perda das papilas que são facilmente identificadas.

É comum se verificar a atrofia das papilas filiformes do dorso da língua, conferindo um aspecto liso e acetinado a sua superfície, e a atrofia de dois terços das papilas circunvaladas na velhice, podendo ocorrer ainda a fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associada ao

desenvolvimento de varicosidade nodular na superfície ventral, afetando o sistema nervoso superficial (CORMACK, 2000).

Também é possível encontrar em idosos a hipertrofia das papilas foliáceas em decorrência da hipertrofia do tecido linfóide que compõe estas estruturas anatômicas. As papilas foliáceas localizam-se bilateralmente no terço posterior dos bordos da língua (FIGUEIREDO et al, 1993). Essas alterações provocam uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda do apetite que pode resultar em problemas nutricionais (CORMACK, 2000).

Cabe ressaltar a questão da perda de sensibilidade térmica que pode levar a queimaduras e diminuição do paladar. Já a perda do olfato pode modificar o paladar dos alimentos ingeridos, uma vez que não sentimos o cheiro dos alimentos, condição esta importante para estimular a produção de saliva.

4.2.2 Erotismo

Envelhecimento e sexualidade ainda estão intimamente ligados a muitos preconceitos e tabus na sociedade moderna. Se na verdade, "desejo não tem idade" porque há tantas restrições ao assunto?

A sexualidade envolve todo homem na busca de realização pessoal, de prazer, e não apenas, ao aspecto anátomo-fisiológico. É no contato

com o outro na liberação do desejo que ele encontra a si mesmo, tanto no contato físico, erótico, quanto numa bela amizade, no trabalho, em um momento de criação artística ou literária.

A sexualidade humana não é uma dimensão isolada na vida de cada um. É uma somatória integrada do orgânico, do psíquico, e só se realiza no plano social. Ultimamente, passou a ser objeto na relação de troca da sociedade consumista. Alguns tabus inverteram-se e o reprimido busca o caminho da liberação. Erotismo passou a ser critério de modernidade (CORREIA, 1997).

Quando sentamos na cadeira do dentista e abrimos a boca para ser examinada, não estamos só expondo dentes, língua e fluidos salivares, entre outros componentes, mas também estamos mostrando um pouco de nós mesmos, do quanto cuidado somos capazes de tomar com nossa saúde e aparência.

A boca representa uma parte íntima do nosso corpo, ela também se relaciona com o inconsciente humano. Mas o que a boca tem a ver com o inconsciente humano?

Segundo a teoria psicanalítica, a sexualidade do homem começa a se desenvolver na infância. Sigmund Freud, fundador da psicanálise no século XIX propôs a teoria do inconsciente, a qual afirma que o inconsciente tem papel maior no comportamento humano do que o consciente (FURTADO, 2000).

Dentro da teoria do inconsciente, também se destaca a teoria da repressão, segundo a qual alguns fatos acontecidos durante a vida têm sua lembrança reprimida, a fim de preservar a integridade psíquica do ser, que de outra forma estaria comprometida pela constante frustração (FURTADO, 2000).

São cinco as fases do desenvolvimento sexual: fase oral, anal, fálica, latência e puberdade. Pelas denominações, fica claro que cada etapa refere-se ao papel de determinada parte do corpo na gênese do prazer (FURTADO, 2000).

O estágio oral que são os 18 primeiros meses de vida caracteriza-se por ser a fase onde o prazer se concentra na boca e lábios. O ato prazeroso, no caso, é o da sucção do leite do seio materno. Mesmo quando a criança sofre o desmame, a persistência da boca como zona erógena leva à necessidade de estar constantemente estimulando a região oral, daí a ação de chupar o bico ou mesmo o dedo. Durante esse estágio também se desenvolve um primórdio de agressividade, conhecido como sadismo oral, representado pelos atos de morder, mastigar ou mesmo chorar (FURTADO, 2000).

Sendo assim, o início do trauma pode estar associado ao desenvolvimento da oralidade infantil, pois o primeiro contato do bebê com o mundo se dá através da boca, ficando registrado no inconsciente e muitas vezes no consciente. Sobre esse assunto Soviero e Maeda (2002) ressaltam:

> Se o cirurgião-dentista compreendesse psicologicamente a grande importância que ele tem na vida de uma pessoa, deixaria de ver apenas a boca com dentes e passaria a encará-la como o inconsciente humano.

Portanto, o dentista atua na parte mais primitiva do ser humano, a fase de captação das primeiras informações sobre o mundo. Nessa perspectiva, a boca toma outra dimensão que ultrapassa suas funções objetivas (anatomo-funcionais), ela também é revestida de subjetividade.

A cavidade oral é uma área erógena e um orifício do corpo, e se torna prontamente a zona de deslocamento de outras partes do corpo. Estudos psicanalíticos e investigações dos sonhos mostram que o sangramento da boca pode ser experimentado inconscientemente como menstruação, aborto, invasão sexual ou violação. A extração de um dente pode ser encarada inconscientemente como uma mutilação do corpo, castração ou morte (ZEGARELLI et al, 1982a).

Nesse contexto, percebemos que a trama das representações do sujeito é marcada a partir da interface Bucalidade e Psicanálise, onde o discurso proferido pelo Sr. Pedro revela sua situação quando era jovem e possuía os dentes fortes, como uma faca afiada que cortava os alimentos, dando a idéia de vitalidade, robustez corporal, poder e agressividade:

> "[...] Eu na roça, arrancava a cana com os dentes. As pessoas falavam: esse cara é um leão! Chamavam que eu tinha os dentes fortes, bons, bonitos".

E de forma subjacente, se traduz também, o prazer, onde se percebe toda descarga agressiva entre os dentes e o objeto apreendido, nos remetendo a fase de agressividade mais precoce, a fase oral sádica. O bem-estar produzido pela força do ato de morder, arrancar, tirar, extrair com força e violência lhe valeu a semelhança com o leão, animal feroz por excelência, de hábitos de caçador, forte e agressivo.

Na boca manifestam-se, de forma direta ou simbólica, sintomas influenciados pelos instintos básicos do homem. A boca é gratificante, pela alimentação e por aspectos relacionados ao sexo. Associa-se também a várias manifestações de hostilidade e agressão: morder, cerrar os dentes, estirar a língua ou mesmo autoflagelar-se consciente ou inconscientemente, pela irritação compulsiva na mucosa jugal, mordiscando-a com os dentes, pelo bruxismo e de várias outras maneiras (BORAKS, 2002).

Mas o Sr. Pedro, atualmente, perdeu todos os dentes e usa prótese total em ambas as arcadas dentárias:

> "Outro dia eu tava no refeitório, não sei o que o pão tava meio mucho, eu fui puxar, quase que ela (a prótese total) foi junto também, sabe. A firmeza não era certa, ela tem a firmeza mas não como os dentes. Tem que comer tudo na maciota mesmo, tudo carne macia. Dizer que comer as coisas, não adianta, falar que come folgado".

O prazer corporal pela bucalidade sensórea mudou: a boca sem dentes tem seu desempenho modificado, pois já não é mais forte e nem prende o objeto com facilidade, como se a consistência dos alimentos fosse

sempre superior ao domínio bucal. Esta, agora, representada artificialmente pela prótese dental, oscila, treme, balança e cai ao menor movimento de lateralidade.

Conseqüentemente, os prazeres e as sensações bucais também mudaram para o consumo de um alimento macio, tenro e pastoso (e sem gosto, geralmente).

A idéia de forte, forçosamente está vinculada a idéia elementar de vitalidade e saúde. Uma associação interpenetrada por elementos da cultura, feita principalmente pelos adultos. O reconhecimento de dentes fracos esteve associado à estrutura corporal de um organismo fraco, muitas vezes numa atribuição à constituição corporal feminina frágil (MENDONÇA, 1999).

É interessante observar sob o ponto de vista do gênero, as mulheres sempre foram, tradicionalmente, avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva, e o homem pela sua força física e poder. Na velhice, o homem reclama da força que não é mais a mesma, e a mulher, da beleza que aos poucos se desfaz. E isso, se reproduz na bucalidade também, quando o Sr Pedro recorda que não tem mais a força dos "dentes de leão".

Vivemos em uma sociedade capitalista, na qual o hábito do consumismo e o sucesso individual, a imagem pessoal seja natural ou artificial, ocupa lugar de destaque no processo social.

Pacheco Filho (1998) faz uma reflexão, a partir do referencial da psicanálise, sobre como a sociedade e a cultura capitalista contemporânea são responsáveis por boa parcela dos sofrimentos dos indivíduos que atingiram uma determinada faixa etária. Aborda o tema da sociedade ofuscada pelo culto do corpo perfeito, onde a aparência estética do corpo atinge alto grau do prestígio social, sendo a "embalagem" que atrai a primeira vista e que, além do mais, aguça o mais óbvio e imediato dos apelos espontâneos: o interesse estético e o apetite sexual.

O autor chama atenção para um ponto importante: é falsa a idéia de que beleza estética e a aparência sedutora dos corpos humanos derivam inteiramente de determinações instintivas e biológicas. São as sociedades e as culturas que constróem os seus ideais de objetivo sexual. E isso, é facilmente constatável quando lembramos que o ideal do corpo feminino formoso, transformou-se de rechonchudo e roliço para magro e esquálido, depois, para rijo e musculoso, no espaço de poucos séculos.

Selecionamos um trecho da entrevista com a Sra. Maria que indica claramente, a beleza, como primeiro valor a ser perdido quando se mutila a boca:

> "Porque a perda do dente é terrível! Muda a vida da gente todinha. Primeiro, a estética, já é feio, já não é o dente da gente, o perigo de cair, quando a gente fica doente tem que tirar, né?"

Nesse caso, particularmente, percebemos que o estado da boca sem dentes afeta a beleza, ao mesmo tempo em que, o uso de prótese impõe medo à nossa entrevistada que teme ser rejeitada.

Se de um lado, já foi praxe extrair os dentes naturais que eram feios ou portadores de cárie e doença periodontal para colocar uma prótese total e assim conseguir um sorriso artificial, porém com dentes belos e brancos, do outro, a possibilidade de expor a boca desdentada causava constrangimento e medo.

O constante perigo que ronda a aparência física demarcada pela possibilidade iminente de expor a cavidade bucal ao ridículo da boca desdentada impõe medo, insegurança e vergonha à nossa entrevistada, pois contribui para a perda da imagem da docilidade feminina e da beleza. Revela também o aspecto sombrio da boca sem dentes, como um objeto incapaz de atrair e seduzir, o que pode refletir negativamente no convívio afetivo e social. Podemos citar como exemplo, pessoas portadoras de próteses que ao realizar sua higiene bucal, se trancam no banheiro para não expor a "dentadura".

A Sra Fernanda demonstrou um comportamento diferente da Sra. Maria, pois mesmo usando prótese total superior e inferior considera os dentes artificiais, tão seus, tão íntimos como se fossem naturais:

> "Ultimamente eu penso assim... mas muito difícil, nem lembro mais. Pra mim são normais, mesma a coisa de ser meus dentes".

Mas para o Sr. Marcelo, a beleza dos seus dentes é afetada, quando nos revela que ocorreram modificações na sua boca em função do envelhecimento fisiológico e reclama:

> "Nessa idade já fica um pouco mais amarelado. Não fica na cor igual, quando eu tinha, por exemplo, 20 anos. Eu sorria, os dentes era clarim, clarim. Agora, não. Mesmo que toque com toda higiene bucal mas ele sempre meio amarelado um pouquinho". Sr. Marcelo

E aponta para sua condição bucal que sofreu também modificações patológicas, destacando seu sorriso como revelador desse mal estar bucal:

> "Esse dente aqui (referindo-se ao incisivo superior direito) está um pouquinho afastado, né. Parece um pouco os grampos de cada lado, então já é uma dificuldade. Não era assim, já tem uns grampinhos que já tá...a gente dar um sorriso, já não é os dentes naturais". Sr. Marcelo

A mudança provocada pela falta dos dentes e o uso de prótese é um processo de adaptação de cada pessoa, podendo gerar um conflito psicológico ou não, que vai desde o aparecimento da ansiedade, aparecimento de neuroses e distúrbios na personalidade, entre outros. Esse medo da prótese cair na frente das outras pessoas é uma situação que pode levar a um estado de estresse emocional, toda vez que é necessário expor a situação bucal. O estresse constitui uma reação do organismo às influências nocivas de ordem física, psíquica ou infecciosa capazes de perturbar o equilíbrio interno.

O estresse psicológico pode conduzir a distúrbios psiquiátricos que se manifestam por distúrbios do pensamento, da sensibilidade, comportamento, relações sociais e processos somáticos. Estes são classificados como psiconeuróticos, psicofisiológicos, de personalidade e psicótico. A característica básica das desordens psiconeuróticas é a sensação subjetiva de ansiedade, a qual pode estar presente ou ser controlada por diversos mecanismos de defesa (ZEGARELLI et al, 1982a).

Entretanto, a ansiedade é uma emoção complexa que se manifesta por meio de sensações subjetivas e alterações fisiológicas. Estas últimas incluem alterações no pulso e ritmo respiratório, náusea, diarréia, parestesias, freqüência urinária, sensações de compressão no tórax e secura na boca (ZEGARELLI et al, 1982a).

Um corolário de circunstâncias, incluindo a censura social, exacerbação do narcisismo, componentes culturais e místicos, influencia a maneira com a qual lidamos com nossos corpos e emoções, que por sua vez, produzirá saúde ou a patogenia de muitas doenças.

Para a Sra. Rebeca sua boca tem muito valor:

> "Eu acho que a boca é tudo, né? Sorrir, comer, beber ...tem coisa melhor do que uma boca? Eu acho que não tem, no corpo da pessoa, não tem coisa melhor. É tudo, né"?

Ela explicou que antigamente não achava bonito seu sorriso, mas hoje gosta de seus dentes e da sua boca, tem poder aquisitivo para

comprar os bens e serviços que deseja e necessita, além de acesso a bons dentistas.

> "Gosto, dou graças a Deus que eu tenho poder de tratar, eu tenho poder prá tudo, se Deus me ajudar sempre assim. Gosto do que eu faço, da minha alimentação, faço o que eu quero. Sra. Rebeca

Um aspecto importante que se destaca na sociedade moderna é o culto à juventude: a necessidade de manter uma imagem jovial. O que poderia ter relação com toda uma cultura das mídias em vender um corpo jovem, esbelto, não careca, magro...As figuras jovens vendidas pela mídia e pela indústria a ela acoplada construíram um esquema figurativo ideal que nem mesmo muitos jovens podem alcançar (CARLOS et al., 2000).

Como disse Olievenstein (2001):

> Os deuses modernos estão encarnados na juventude. Como qualquer divindade, a juventude dá medo ao mesmo tempo em que é desejada. A subjetividade humana funciona em torno do ideal de ser jovem, de ser belo, de ter bom desempenho.

Possuir dentes brancos, saudáveis e perfeitamente alinhados constitui, atualmente, o ideal a ser atingido por muitos indivíduos (e diga-se também, o slogan da Odontologia), apregoado em todo folder educativo e propagandas veiculadas nos meios de comunicação.

Sobre esse assunto, Souza (2003) destacou em sua tese, a pouca atenção aos sentidos psíquicos, antropológicos e sociais da boca

humana, e a valorização da estética bucal e o consumo de técnicas odontológicas:

> Mas a saúde é também desejo, e isso a torna mais fácil de ser vendida como produto. A perda dos dentes ao ser naturalizada, juntamente com a necessidade de prótese, coloca na contemporaneidade, um fértil terreno para o desenvolvimento dessa *odontotécnica exclusiva.* Esta enfileira-se ao *boom* protético de uma certa estética corporal, em que o corpo pode ser moldado ao bel prazer dos que podem pagar para recompô-lo ou modelá-lo, endurecendo, inchando, arredondando, afilando, clareando, afinando, conforme a moda, o gosto ou a fantasia de quem deseja o talhe cirúrgico e a peça protética para transformar, senão a existência mais radical, ao menos a aparência. Busca-se o conforto de ter uma imagem mais adequada ao mundo que exige, cada vez mais, corpos perfeitos que resistam às agruras do tempo e as imperfeições da genética, mesmo que se tornem peles, ossos e músculos descartáveis e modeláveis.

Por detrás desse "ideal cultural" que ajuda a moldar o "ideal corporal", influenciando positivamente ou negativamente na auto-estima das pessoas, há a preocupação persistente e exagerada com a beleza, que esconde conflitos psicológicos de aceitação do próprio corpo, por indivíduos cuja família ou o ambiente social colocam ênfase demasiada nas funções do corpo.

Esses conflitos são muitas vezes "atenuados" e "aliviados" na cadeira do dentista e na mesa do cirurgião-plástico. Depondo sobre esse assunto, a Sra. Rebeca detalhou em sua entrevista:

> "E esse dente de ouro, era uma coisa muito chique. Permanente no cabelo naquela época, e dente de ouro, era uma coisa... só quem podia! Até que chegou um tempo que não usava mais dente de ouro. Mandei arrancar mas eu notava que o dente ficou escuro".

A mudança artificial nos dentes mediante a colocação de corpos estranhos (no caso, o ouro) adquire a conotação de preciosidade, de valorização do corpo, culturalmente definida, seja por modismo, motivos religiosos ou rituais. Submeter o corpo aos recursos técnicos e científicos em busca de solidificar uma imagem socialmente imposta, sempre foi motivo de preocupação de muitas pessoas.

Montenegro (1998) aponta que as barreiras sociais e intelectuais tomam forma em nosso corpo, e nos transformamos à medida que introjetamos conceitos, modos e medos. Conformamo-nos segundo as ideologias uniformizantes e hegemônicas.

Se por um lado, perdemos nossos gestos, ganhamos outros, na medida que modificamos nossa estrutura física, com a colocação de próteses, silicone e tantos outros artefatos tecnológicos constituem informações preciosas que trocamos momento a momento através de nosso corpo. O que prevalece é o desejo, geralmente, ditado por critérios de beleza imediatos. Então a ordem é mudar, remodelar, rejuvenescer, ficar na "crista da onda".

Côrte e Couto (1999) fazem uma discussão sobre a colonização tecnológica do corpo humano, na qual a interação homem-

máquina se configura como uma estratégia inovadora na acelerada eliminação de fronteiras entre o humano e o técnico. O corpo humano, mais que um objeto da natureza, é uma construção cultural, e as mutações não são recentes. Elas remetem aos códigos de cada cultura dentro dos limites tecnocientíficos de cada época.

O ouro é um metal precioso de grande valor, muito usado na fabricação de jóias, já foi bastante empregado tanto na arquitetura das cidades quanto no corpo. Ter "dentes de ouro" era um atestado de riqueza, dava *status* social e valorização individual, o que de certa forma, demonstrava o investimento hedonista que prevaleceu em muitos sujeitos.

Na atualidade, antigas limitações físicas são superadas e os recursos para moldar o corpo e o rosto se multiplicam e popularizam. Nesse contexto, uma infinidade de conhecimentos transita para auxiliar as pessoas a cuidarem de si (alimentarem suas paixões e o próprio desejo de viver revigorado) pondo fim a relação dual entre corpo artificial *versus* corpo natural.

Virilio *apud* Côrte e Couto (1999) defende a idéia de que não se pode mais falar de um corpo estrangeiro que se aloja num organismo, uma vez que ele passa a fazer parte integrante da estrutura anatômica. O que se tem agora é um ritmo estrangeiro que habilita o corpo a vibrar e a se movimentar em uníssono com a máquina. A simbiose homem-máquina permite que organismos sintéticos miniaturizados colonizem o corpo,

modifiquem sua arquitetura e reajustem a consciência que cada um tem de si e do mundo.

Strauss e Hunt (1993) pesquisaram uma amostra representativa de uma comunidade de idosos na Carolina do Norte perguntando porque valorizavam seus dentes e se os dentes realçavam positiva ou negativamente suas vidas. Mais especificamente, este estudo revelou as percepções de idosos americanos de como os dentes afetam os aspectos sociais, psicológicos e biológicos e sua qualidade geral de vida. Mais de 50% dos entrevistados acharam que os dentes influenciavam em aparência para os outros, aparência facial para si mesmo, comer em geral, prazer de comer, mastigação / mordida e conforto. Trinta e oito por centos responderam que os dentes influenciavam na saúde geral. Mais de três quartos deles não relacionaram os dentes com efeitos no seu humor, peso, apetite, relações românticas, sucesso no trabalho, freqüência nas atividades ou beijo.

Avaliando a perda de dente como objeto, a instituição de um tabu bucal reveste-se de caráter punitivo, notadamente quando vinculada ao poder que se tem de exercer uma prática sobre a boca e quando resultante dela é firmada a privação, a restrição, a redução, as inadaptações, o estranhamento da própria boca (MENDONÇA, 1999).

O desdentamento bucal ocasiona a ruptura da homeostasia bucal, e desta com o organismo, limitando não só a digestão dos alimentos,

mas afetando a liberdade de expressão na fala e no sorriso. Vejamos o que disse a Sra. Maria sobre a remoção cirúrgica de dentes:

> "Se vai tirar seus dentes, o psicólogo tinha que dar uma conversada com você, falar, preparar seu espírito, que não é todo mundo que aceita, é um negócio que marca um pouco, né? E tem pessoas que perdem a metade da vida mesmo para enfrentar depois essa situação. Não sorrir mais, né, por causa do problema".

A boca faz parte do corpo: "O corpo é uma realidade do homem completo". A abordagem integral de saúde e das doenças, suas causas e prevenção reflete a necessidade de compreensão dos seres humanos como seres integrais, e não como uma coleção de órgãos.

A remoção dos dentes, estando associada a processos infecciosos ou não, mesmo que seja para conservar a "saúde da boca", deverá ser avaliada em termos de saúde geral, pois a mutilação dentária pode produzir uma resposta satisfatória ou um descontentamento, gerando um desgaste psíquico, dependendo da maneira como foi abordado o paciente e de como foi conduzido o ato cirúrgico.

Rossetti (1999) explicita que a zona oral está intimamente ligada ao cérebro: a boca expressa nossa afetividade, é nossa intermediária entre o interior e o exterior... Todas as expressões profundas do ser humano estão vinculadas à boca.

A boca não é só um arcabouço para salvaguardar os dentes e a língua do meio externo. Ela também é atravessada pelo desejo. Ultrapassa as fronteiras do comer e do falar. É prazer. Botazzo (2000) afirma:

> Para além da manducação fisiológica, a boca é também um dos nossos aparelhos de prazer. A ávida boca que suga o generoso seio é a mesma que tritura e consome o mundo. Isto a põe imediatamente articulada, mais que qualquer outra víscera, com o mundo do trabalho e da cultura, com as estruturas psíquicas e com o terreno da representação.

O beijo é uma carícia que se faz com os lábios, ou simplesmente o ato de tocar alguém ou alguma coisa. Em geral, representa uma manifestação de carinho, amizade, amor, paixão, mas também pode ser um "beijo de Judas", um beijo traidor, representado uma falsa amizade. A expressão "beijar a lona" no boxe, significa ser abatido a socos e "beijar o chão", cair de rosto contra o chão (MICHAELIS, 2001).

O beijo é tão importante no relacionamento afetivo-sexual, que podemos considerá-lo um termômetro que mede a intensidade e a profundidade da paixão e do amor entre um casal. É interessante observar que, quando o relacionamento está aquecido, as bocas dos amantes se fundem e se confundem num beijo que expressa a necessidade de integração do par. Muitos casais não têm conhecimento da importância do beijo como indicador e mantenedor do amor. Não se dão conta do afastamento afetivo que o espaçamento entre os beijos sinaliza (MOREIRA e FREITAS, 2003).

Pela sensibilidade da mucosa da boca, por sua temperatura e sabor, esta região tornou-se um dos locais mais procurados por duas pessoas que se amam, para a manifestação e exteriorização de seu afeto (MOREIRA e FREITAS, 2003).

Quando abordado o assunto sobre a influência que tem a presença dos dentes em relação ao ato de beijar, o Sr Pedro nos revelou que tem mulher que não gosta de beijar o homem que não tem dentes, principalmente aquelas que tem sua dentadura natural. Resumiu em uma frase: "Quem é que quer, né?"

> "Eu não sei se era complexo que tem de uma com a outra porque eu também tinha complexo de beijar, depois que eu tinha dentadura, eu tinha complexo de beijar mulher. Eu tinha o complexo! A gente fica com complexo porque né...".

Ficar "complexado", "encucado", "recalcado" ou confuso diante da impossibilidade realizar seu desejo de beijar, pois este representa o momento de entrega, no qual cada um deseja pertencer ao outro, numa troca de carinho muito semelhante a uma relação sexual e, às vezes, até com mais excitação. O fato de não ter mais os dentes naturais seria responsável pela "castração bucal?" Ou fruto de um construto simbólico sócio-cultural?

Mesmo dispondo da temperatura e a maciez dos lábios, o livre movimentar das línguas num deslizar de vai e vem, uma boca desdentada torna este gesto menos erótico?

A popularização da higiene bucal, liberando a boca e os dentes de resíduos alimentares, contribuiu para tornar o beijo na boca mais desejável e agradável, por isso, quando se beija alguém de quem se gosta, em geral, procuramos ter a boca sadia, limpa e sem a presença desagradável de pus ou sangue.

No relato seguinte, outra entrevistada nos definiu que para ela não existe nenhum constrangimento em manifestar seu afeto e seu carinho aos seus familiares e amigos mediante o fato de usar prótese:

> "Não sinto assim, que eu não posso beijar alguém porque estou com um dente que não é meu". Sra. Maria

A sexualidade no idoso é sempre revestida de muitos tabus. Os idosos que estão desdentados podem ainda desfrutar de uma vida sexual, embora saibamos que as atividades sexuais em grande parte concentram-se no prazer oral, e este poderá estar abalado em função das precárias condições dentárias e periodontais. O importante é que o idoso, ainda que tenha poucos dentes, que os tenha com saúde.

No estudo realizado por Strauss e Hunt (1993) ficou confirmado na população idosa que, a aparência e alimentação são percebidas como os efeitos mais positivos dos dentes. Apelos para a saúde, atividade social, romance ou atração sexual são menos prováveis de motivar esse grupo. Os dentistas que apresentam planos de tratamento baseados

nesses fatores são menos prováveis de envolver com sucesso esses pacientes.

Informações sobre as crenças e valores também devem ser de interesse no marketing de produtos odontológicos. O marketing baseado em como um produto melhorará a vida social, como é comum as propagandas de pasta de dentes, provavelmente não será efetivo nesta população mais idosa. Anúncios que foquem em como os dentes melhorarão a aparência ou a habilidade de comer com prazer terão mais influência nessa faixa etária.

4.2.3 Linguagem

O processo do envelhecimento apresenta dimensões biológico-orgânicas e psicossociais-funcionais a serem consideradas, pois atuam sobre os idosos na sua interação verbal com outros falantes. Por outro lado, também, o envelhecimento deve ser considerado um fenômeno individual, com amplas variações dentro de um mesmo grupo, explicando assim a heterogeneidade encontrada entre os idosos com idade superior a 65 anos (CASOL e BEHLAU, 2003).

A boca é nosso primeiro órgão de contato, pelo qual estabelecemos trocas com o nosso meio. Como orifício, a boca é física e simbolicamente, a porta de passagem para aquilo que chega do exterior para

dentro do corpo, e sai do interior para fora, constituindo-se num elemento de comunicação por excelência (BARBOSA, 2001).

Sabe-se que o edentulismo e a má adaptação das próteses são fatores que podem interferir na fala. A perda da motricidade da boca devido à perda dentária, a mobilidade dos lábios, a flacidez da língua e das bochechas podem levar à dificuldade de sugar a saliva, proporcionando o escape desta pelo canto da boca ou no falar. A alteração da fonação está presente em pacientes que não usam as próteses ou nos quais elas estejam mal adaptadas, causando situações de constrangimento para o idoso (ODONTOGERIATRIA..., 2003).

Compreender a fala significa levar em consideração os aspectos constitucionais biológicos, sociais e psicológicos em sua produção. Procuramos investigar neste tópico, quais as dificuldades encontradas na fala, usando ou não prótese. Obtemos os seguintes resultados:

> "Todo mundo sabe que a pessoa quando não tem os dentes, fala com a boca murcha, como falava, né, com a boca murcha, né, conversava".Sr. Pedro

> "Não, na fala, não. Eu sobre a fala assim, me adaptei muito bem".Sra.Fernanda

Os idosos que participaram dessa pesquisa acreditam que as dificuldades encontradas com o uso de prótese sejam normais, constituindo-se em um período de adaptação e que não se constituem em problema para a fala.

Estudo recente de Berti (2002) revelou que a maioria dos entrevistados não tinha queixa com a linguagem. Quando perguntado se os dentes ou próteses o impediam de falar da maneira como queria, 57,93% dos edêntulos e 58,33% dos dentados revelaram nunca sentir problemas.

Para a Sra. Rebeca não há nenhuma modificação na sua linguagem, ao contrário, com o uso da prótese, tornou-se uma pessoa mais comunicativa do que antes.

> "Não tem jeito! Se Deus não ajudar, vou longe com essa língua".

Boraks (2002) explica que devido a perda dos dentes ou a diminuição de sua função, a língua passa a representar papel mais ativo na fala, mastigação, deglutição, e apresenta macroglossia pelo desenvolvimento de sua musculatura intrínseca.

Para Zegarelli et al. (1982a) a boca é comumente olhada como um instrumento de ataque bem como a entrada vulnerável do corpo. Expressões como língua afiada, língua perfurante ou língua cortante são indícios da aceitação comum, da língua e da boca, como uma arma de ataque.

Para a Sra. Maria ocorreu modificação na fala mas que avalia como natural.

> "Eu acho que sempre um pouquinho muda, que fica com um 'chiado' pouquinho, assoprando, né? Sem querer. Mas eu acho que pra falar, conversar, eu acho que eu falo natural e como eu falava, eu acho que não teve muito problema, a não ser que a gente assopra um pouquinho diferente, mesmo que você não queira, mas fica um pouquinho diferente".

Outra entrevistada informou que passou por um período de adaptação à prótese e que recebeu orientação para melhorar a sua fonação:

> "Ah, sim, senti! Meu dentista me orientou assim: pegar uma revista pra soltar bem a voz, pra não sentir dificuldade e eu ler a revista assim, alto, bastante vez pra desenvolver". Sra. Fernanda

Ocorrem algumas mudanças que são fisiológicas no indivíduo idoso. A composição corporal sofre modificações importantes com o envelhecimento, como a composição da água intracelular que no jovem é de 42% e do idoso é de 33%. Essa diminuição da água intracelular aumenta o risco de desidratação. Com a desidratação acontece a perda natural da umidade bucal, dificultando assim o uso de prótese, que não fica firme pela falta de umidade, provocando atrito entre as paredes da boca, tornando difícil a mastigação e a fala (MORIGUCHI, 1992).

Gamburgo e Munhoz (2001) investigando o processo natural de envelhecimento e o modo como este influi na linguagem do idoso por meio de revisão de literatura sobre o assunto, chegaram as seguintes conclusões: 1) Existe grande heterogeneidade no desempenho cognitivo e lingüístico entre os adultos idosos, o que faz com que não seja possível generalizar tal desempenho; 2) Há diferenças na forma do idoso se comunicar que não devem ser consideradas patológicas, uma vez que é conseqüência do envelhecimento natural, e não resultante de alterações neurológicas como a afasia e as demências senis; 3) Quando se analisa a comunicação do idoso,

sempre deve ser considerado o ambiente e os contextos comunicativos em que o sujeito se encontra, assim como os antecedentes educacionais e culturais; 4) Existem freqüentemente modificações nas características acústicas da voz, na fluência verbal, no acesso ao léxico e na compreensão e produção de textos complexos, conseqüentes do processo natural do envelhecimento; porém aspectos como o vocabulário, a competência sintática e os componentes fonológicos parecem permanecer conservados o que nos permite pressupor que não necessariamente a linguagem e a capacidade comunicativa do idoso se verão comprometidas.

A comunicação é uma questão importante a ser considerada entre os idosos no seu convívio social e afetivo, pois a perda progressiva da audição é uma alteração comum e leva muitas vezes, à perda da autonomia. O profissional de saúde deve estar alerta para quaisquer alterações de comportamento do idoso, pois a vida social poderá estar comprometida, devido à depressão e à clausura nos seus lares, levando-os a perder o desejo de viver.

4 Resultados e Discussão
4.3 A Assistência Odontológica

4.3 A Assistência Odontológica

> Se pudéssemos pensar em uma dívida social e civilizatória à Odontologia enquanto instituição, pela banalização da mutilação dentária implícita no estímulo ao protesismo, seria este mesmo protesismo que talvez pudesse libertá-la de sua possível expiação, dado o desenvolvimento tecnológico alcançado. Faltaria à sua redenção plena a recompensa da ampliação do acesso, de pelo menos, parte desse arsenal àqueles que ainda aguardam pontes, coroas esparsas ou largas dentaduras para acabar com o tédio da boca (...). Elizabethe Souza

A assistência odontológica estruturou-se, historicamente no Brasil, a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares, preconizado pela então Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) nos anos 1950 e pelo atendimento à livre demanda em unidades de saúde (NARVAI, 1994; ZANETTI et al., 1996). A intervenção odontológica, nos planos coletivo e individual, e o seu impacto na melhoria das condições de saúde bucal das coletividades é uma questão importante que deve ser discutida, particularmente, quando tratamos de grupos populacionais específicos.

Foi instituído o conceito de prioridade por grupo etário, sendo dada maior ênfase às crianças e jovens, excluindo os idosos das programações de saúde bucal coletiva. Na prática geral, as pessoas de maior idade acabaram dependendo da caridade pública ou tiveram que pagar através do próprio recurso os cuidados que necessitaram (JITOMIRSKI, 2000).

Essa prática, tanto pública como privada foi dirigida a uma população restrita, e estando baseada nos moldes da Odontologia tradicional, se constituiu numa estratégia incapaz de envolver toda a população a ser assistida, tendo gerado sistemas excludentes, pouco resolutivos e ineficientes, contribuindo muito pouco para a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira.

O levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil em 1986 mostrou condições bastante críticas no grupo de 50 a 59 anos que foi a faixa etária mais avançada pesquisada: 27 dentes atacados pela cárie por pessoa, com 86% dos dentes já extraídos, 3% com extração indicada, 50% eram edêntulos e 72% usavam ou necessitavam de pelo menos uma prótese total, já configurando as péssimas condições em que se encontravam as pessoas em idade avançada (BRASIL, 1988).

Verificando-se as metas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000, em que 50% das pessoas idosas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais na faixa etária de 65-74 anos, e as exigências tornam-se maiores para o ano de 2010 que estipula 96% dessas pessoas, e não mais que 5% de desdentados, percebe-se a gravidade do problema de saúde bucal nos idosos (FERREIRA, 1998). Basta observarmos os diversos estudos que confirmaram o índice CPO-D elevado, como os de Rosa et al. (1992), Rosa et al. (1993), Saliba et al.

(1999), Meneghim e Saliba (2000), Chagas et al. (2000), Cangussu et al. (2001), Silva et al. (2002) e Berti (2002).

Rosa et al. (1992) mostraram que o CPO-D dos indivíduos examinados em São Paulo em 1989, no domicílio e nas instituições foi de 29,03 e 30, 97, respectivamente, com a maior participação dos dentes extraídos para o aumento desse índice. Revelou também que o percentual de edêntulos foi de 65% no domicílio, e 84% nas instituições, indicando que mais da metade e cerca de 3/4 dos indivíduos, respectivamente, perderam todos os seus dentes.

Em outro estudo, Rosa et al. (1993) analisaram três grupos de pessoas com 60 anos ou mais - idosos funcionalmente independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes. Do total de 257 examinados, apenas quatro pessoas apresentaram um índice CPO-D igual ou inferior a 10, sendo que o restante não possuía qualquer dente sadio.

Saliba et al. (1999) relataram o estado de saúde bucal de 90 idosos de Araçatuba-SP pertencentes a três instituições de amparo, sendo que 62,2% responderam não ter dentes na boca, 50% usavam algum tipo de prótese, e dos desdentados totais, 53,3% manifestaram necessidade de usar prótese.

Meneghim e Saliba (2000) realizaram levantamento epidemiológico em Piracicaba/SP, e constataram que o CPO-D médio foi de 26,58, sendo que o percentual de componentes perdidos representou 89,26% e 92,55% para os grupos etários de 60-69 anos e 70 anos ou mais,

respectivamente, mostrando que a perda dos dentes extraídos aumenta à medida que a idade avança.

Chagas et al. (2000) examinaram os idosos usuários dos serviços odontológicos da OCM (Odontoclínica Central da Marinha) no Rio de Janeiro, constataram uma média por pessoa de 25,12 dentes atacados e apenas 6,88 dentes sadios.

Cangussu et al. (2001) observaram as condições de saúde bucal na faixa etária de 35-44 anos e 65 anos ou mais, em indivíduos residentes em Itatiba/SP encontraram o CPO-D de 20,04 e 27, 7 respectivamente e com alto percentual de perda dentária (43,1% e 87%). O uso de prótese foi observado em idades precoces (35-44 anos) com 8,8% para prótese total e aumentando para 36% nos idosos. Quanto à necessidade de prótese, o maior percentual recaiu sobre as pessoas com 65 anos ou mais com 31% contra 8,3% do outro grupo.

Silva et al. (2002) registraram numa amostra de 61 idosos em Piracicaba/SP freqüentadores de grupos de terceira idade, 60,65% de edentulismo e o CPO-D médio de 29,5.

Berti (2002) pesquisando idosos em Cascavel/PR constatou que 56,58% dos idosos eram portadores de prótese total em ambas as arcadas. Não utilizavam prótese total 12,20% das pessoas, e o motivo alegado referia-se a problemas com a adaptação.

Os resultados revelados nesses estudos são preocupantes, pois o alto índice de edentulismo evidencia que o tratamento restaurador falhou ou inexistiu e as medidas de prevenção e/ou controle da cárie fracassaram. Por outro lado, revela a frágil estrutura dos serviços odontológicos, seja ele público ou privado que disponibiliza à população idosa apenas atendimento emergencial, fazendo com que suas necessidades de tratamentos protéticos se acumulem, uma vez que a maior parte da população brasileira não tem acesso aos serviços de reabilitação protética.

O Brasil contabiliza hoje uma população com mais de 169 milhões de habitantes distribuídos desigualmente entre grandes centros industriais e zona rural com problemas diversos advindos de graves crises financeiras, políticas e sociais resultando no empobrecimento da população, falta de habitação e alimentação adequada, dentre outros problemas.

Paralelamente, a ausência de infra-estrutura na assistência à saúde, o estrangulamento dos serviços públicos pelo aumento da demanda, a piora das condições de atendimento e o crescimento das empresas de medicina de grupo, propõe para aquelas pessoas de menor poder aquisitivo (e aí se encaixam os idosos aposentados) uma barreira difícil de ser ultrapassada.

Em meio a isso, a ciência e a tecnologia vêm progredindo rapidamente sem o devido acompanhamento da melhoria das condições de vida das populações mais pobres, ao contrário, tem aprofundado as

desigualdades sociais, aumentando a distância entre pobres e ricos e comprometendo os direitos humanos. O Sistema Único de Saúde (SUS) tenta se fortalecer e garantir o cumprimento de suas diretrizes, porém, ainda com avanços limitados nesse sentido.

As condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população brasileira foram analisados por Lima-Costa et al. (2003) baseados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998. Participaram do estudo 28.943 (99,9%) idosos com 60 anos ou mais de idade. Cerca de 70% dos idosos relatam ter pelo menos uma doença crônica e a proporção daqueles com problemas de saúde aumentou com a idade em ambos os sexos. A visita ao dentista há menos de um ano foi realizada por 13,2% dos entrevistados. Considerando-se que 50% dessa população têm renda pessoal menor do que um salário mínimo, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) da metade da população idosa. Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas para melhorar o acesso da população idosa aos serviços de saúde e aos medicamentos neste país.

4.3.1 Assistência Mutiladora

A prática da odontologia restauradora tradicional baseava-se no diagnóstico, quase que exclusivamente da cárie e no tratamento e no reparo da lesão, isto é, na confecção de restauração dentária. Na impossibilidade de tratá-las, optava-se pela extração do dente portador da lesão de cárie. O resultado dessa prática foi a alta proporção de perda dentária e uso de prótese, com predomínio da assistência mutiladora e de baixo impacto epidemiológico.

Para Souza (2003) a clínica odontológica, por sua vez, tem se realizado e se desenvolvido no exercício da "arte dentária" cujo esmero e obstinação de substituição protética dos dentes humanos naturalizam a perda dentária e a substituição artificial da dentadura tornou-se o caminho trivial de quem subsiste ao ciclo vital, tão banal como a coloração dos cabelos brancos que chega em alguns com a velhice e em outros pode se dar em qualquer fase da idade adulta.

Costa e Conceição (2000) citam dois inconvenientes importantes na abordagem tradicional da odontologia: *o primeiro* era que a atenção do exame clínico e radiográfico estava vinculada apenas aos dentes, esquecendo-se das estruturas adjacentes da cavidade bucal, como língua, mucosa e periodonto, por exemplo. *O segundo* era a detecção somente das seqüelas da doença cárie que induzia o profissional a realizar um tratamento

restaurador desvinculado de uma visão geral da saúde do paciente. Tal fato gerava uma continuidade na progressão da doença cárie e conseqüente ocorrência de novas lesões - situação responsável pelo fracasso do modelo cirúrgico restaurador.

A história da Sra. Maria ocorreu na década de 1950 e "ilustra muito bem" os "inconvenientes" citados. Hoje, ela tem 75 anos de idade, graduou-se em pedagogia, é aposentada com renda superior a dez salários mínimos, mora com os filhos em casa própria. Ela sempre teve acesso aos serviços odontológicos particulares, usa prótese total superior e removível inferior nos dentes posteriores. Tudo começou assim:

> "Quando eu era mocinha, eu tratava os dentes, naquele tempo não tinha muito dentista, né. Tinha os dentistas que chamavam de prático, não eram dentistas formados. Formado era muito pouco. Então a gente ia tratar com o dentista formado, mas ele tinha muitos clientes porque como eram poucos, eles então, ficavam só naquela troca de algodão. Trocavam algodão no dente e o dente ia estragando mais. Então, quando chegava a obturar o dente, a cárie já estava muito grande e a gente estava quase perdendo o dente".

Foi realizado o tratamento restaurador na Sra. Maria, só que essa abordagem não promoveu o tratamento efetivo da cárie. Ao contrário, o processo bacteriológico progredia e surgiam novas lesões e recidivas de cáries, originando um ciclo restaurador repetitivo.

Por muito tempo acreditou-se que a dentística restauradora (tratamento mecânico da cárie), assim como a visita regular ao dentista resultava em saúde bucal e este "dogma" foi e continua a ser exaustivamente

divulgado. Na verdade, restaurações não são duráveis e não curam a cárie (ELDERTON, 1997).

A entrevistada relatou que a restauração caía e cada vez que ia ao dentista, trocava a restauração até que não foi mais possível restaurar o dente anterior (referia-se ao incisivo central direito) com material restaurador direto e um tratamento mais radical foi indicado: a colocação de um "pivô" (prótese fixa). Entretanto, conforme relatou Sra. Maria começou a crescer uma "carne esponjosa" na gengiva em torno do dente que recebeu a prótese fixa:

> "Aparecia aquela carne em cima do dente e ficava muito feio. Aí, eu ia lá, queimava, eu queimava com remédio".

O profissional de odontologia necessita de uma formação transdiciplinar para que tenha compreensão do processo saúde-doença e da interrelação entre as diferentes sub-áreas da odontologia na solução dos problemas de saúde bucal da população. Contudo, o paciente por sua vez, deve estar motivado a receber orientação sobre controle de placa dental, através de *medidas higiênicas*, condições indispensáveis para a longevidade dos tratamentos restauradores e periodontais (CHAMBRONE, 1997).

Não se devem realizar restaurações em pacientes com seus tecidos periodontais doentes. É sabido que os tecidos bucais devem estar clinicamente normais, pois a prótese deve ser planejada e executada de acordo com os tecidos e não os tecidos se adaptarem à prótese (CHAMBRONE, 1997).

Como a Sra. Maria não lembra se tinha doença periodontal, não podemos dizer ao certo em que condições a prótese fixa foi instalada na boca para avaliarmos o grau de comprometimento do paciente com a manutenção de uma boa higiene bucal. Todavia, o caso em questão revela a ocorrência freqüente de crescimento exagerado dos tecidos de sustentação adjacentes à coroa, ocasionando desconforto local e medo associado à desconfiança no trabalho dos dentistas.

A Sra. Maria submeteu-se a uma "verdadeira peregrinação" em busca da solução do seu problema, deparando-se com vários dentistas e após várias manobras clínicas utilizadas sem sucesso, suspeitou-se de um crescimento anormal na gengiva:

> "Eu tinha os filhos pequenos, então, eu pensei: Bom, com dentadura eu ainda posso viver muito e se me der um câncer na boca, como é que eu vou fazer? Porque naquele tempo não tinha implante, arrancava logo, não tinha, né! Também não sei, se era ou não era, porque os dentistas não sabiam explicar porque é que dava aquela carne esponjosa na minha gengiva".

O câncer de boca, quando comparado com a cárie dentária e doença periodontal, é menos freqüente, entretanto, está entre as cinco doenças bucais mais prevalentes e por ser uma doença que está associada a significados de sofrimento e morte, é temida e muito estigmatizada tanto pela população, como pelos próprios dentistas.

Diante da dificuldade de se combater o câncer devido ao fato de ser uma doença multifatorial, infinitamente mais complexa que as outras,

aliado ao desconhecimento dos profissionais, culminou numa decisão radical de extrair o dente causador da lesão e os demais dentes superiores, substituindo-os por uma prótese total. Dessa forma, acreditava-se estar "cortando o mal pela raiz", evitando um problema maior.

> "[...] Aí, ele tirou todos os meus dentes e eu pus uma dentadura para evitar aquele problema porque ele achou que podia virar um câncer, uma coisa, né? Então, eu extrai os dentes". Sra. Maria

Extrair o dente para não ter câncer e vir a ter câncer por causa da prótese? Certamente, a questão central não é esta, mas merece ser discutida, pois não existe garantia que mesmo tirando todos os dentes, sob a prótese total, um processo maligno também pode se estabelecer se houver condições críticas para tal. Na verdade, esse depoimento nos revela que houve despreparo profissional para intervir nos problemas bucais.

A neoplasia maligna pode se desenvolver silenciosamente, nos tecidos sobre os quais se assenta uma prótese e com o desenvolvimento do tumor, a prótese perde estabilidade e passará a se constituir como um agente irritante. A ação constante e prolongada de próteses mal adaptadas, câmara de sucção, dentes cariados e com bordas cortantes, constituem ao longo dos anos, causa de lesões hiperplásicas. E essas combinadas com outros agentes carcinogênicos, como o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas, potencializam a carcinogênese (BRASIL, 1996; GARRAFA, 1976-1977; GENOVESE, 1992).

Araújo e Araújo (1984) esclarecem que o trauma por aparelhos protéticos, totais ou parciais pode originar neoplasias, mas esse ainda é um assunto polêmico. Deve-se ter em mente que o trauma age como co-participante na origem do câncer. A simples conscientização de que milhões de pessoas usam prótese e apresentam algum tipo de traumatismo da mucosa e não exibem neoplasias, reforça a opinião do autor.

Diante do desconhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o real diagnóstico da lesão que insistia em aparecer na boca da Sra. Maria decidiu-se realizar a remoção cirúrgica dos dentes superiores.

> "Ah, pra mim foi uma tristeza, o mundo caiu, né! Porque eu tinha todos os dentes bons e eu tive que tirar, mas eu fiquei com medo também, então, eu fiquei naquela indecisão: tira ou não tira? Mas entre não tirar e tirar, e o medo de ter um problema na boca pra mim era pior".

A Sra. Maria não teve muita escolha, a não ser aceitar extrair os dentes superiores que estavam sadios como prática terapêutica e se conformar em receber a prótese total superior para substituir os dentes perdidos.

Como o câncer está muito relacionado à idéia de morte, e diante da possibilidade de desenvolver uma doença "fatal", prevaleceu a tendência a autoconservação, mesmo as custas da mutilação de partes do corpo para preservar a própria vida. Conforme aborda Canguilhem (2000), a saúde é um conjunto de segurança e seguros que propiciam à manutenção da

vida. Se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida.

4.3.2 Adaptação

O processo de envelhecimento ocorre naturalmente nos indivíduos e mudanças anatomofisiológicas acompanham esse envelhecer, porém há fatores que aceleram esse processo, como o edentulismo e a má adaptação das próteses que interferem diretamente na eficiência mastigatória, trazendo transtornos à saúde dos indivíduos da terceira idade.

Com o intuito de conhecer melhor como foi o processo de adaptação dos indivíduos que adquiriram uma "nova dentição" com a reabilitação dentária, seja usando prótese total, removível ou fixa, selecionamos trechos de algumas entrevistas que narram como se deu esse "ajustamento".

O Sr. Pedro, pedreiro, relatou-nos que ao usar a prótese total superior e inferior sofreu inicialmente, mas depois se acostumou e hoje não tira nem para dormir. O processo ocorreu da seguinte forma:

> "Fui acostumando, onde tava machucando, botava uma lixinha, passava uma lixinha de leve, aquela lixinha fininha de água, onde doía eu lixava, passava, aí fui indo eu acostumei".

Como percebemos, o Sr. Pedro por iniciativa própria "resolveu" a questão de adaptação da prótese usando uma lixa d'água, sem

retornar ao dentista, o que pode ocasionar alterações na estrutura do aparelho e, conseqüentemente, causar danos aos tecidos bucais. Ele sinalizou para a dificuldade de mastigação de alguns alimentos porque doía embaixo da prótese (no rebordo alveolar). Atualmente, ele se queixa que a prótese não tem a firmeza necessária e está folgada.

Já a Sra. Fernanda, portadora de prótese total superior e inferior também reconheceu que foi difícil o começo mas depois "se acostumou":

> "Ah foi um pouco difícil! Porque eu colocava ela, eu senti o rosto, parece diferente pra comer mas depois, eu achei fácil. Aí começa a machucar, eu voltava lá. Ele conseguiu tirar onde estava machucando, e só que eu nunca tirei nem para dormir. Tiro pra escovar assim mas não fico sem ela de jeito nenhum"!

Entre os entrevistados que descreveram esse período de adaptação da prótese, somente um deles relatou não ter tido problema algum. Os demais indicaram que machucava a gengiva, doía pra mastigar mas que acabaram se acostumando a tal ponto que todos dormem com a prótese. Entretanto, a recomendação geral é que a prótese deve ser mantida no mínimo durante oito horas diárias (período de sono) fora da boca, período este necessário para o restabelecimento da circulação dos tecidos bucais (PUCCA JÚNIOR, 1996; SALIBA et al., 2000).

O problema do "se acostumar" ou ficar habituado consiste numa resposta mais sutil do que uma pura reação física. Pode ocorrer uma

redução da nossa consciência, bem como dos nossos sentidos, um processo no qual com o tempo, os estímulos que incomodavam perdem a força pela simples repetição e nos tornamos "desatentos" a esses "incômodos".

Se a prótese dentária é vista apenas como "a simples reposição de dentes" para efetuar a mastigação dos alimentos, a partir do momento em que se consegue o "equilíbrio" desta com os tecidos bucais, a tendência é espaçar a consulta ao cirurgião dentista, impedindo o "acompanhamento" necessário para a manutenção de uma boa saúde bucal.

A Sra. Rebeca revelou-nos que esse período de adaptação da prótese foi muito sofrido:

> "É, ela dói um pouco né, até eu me acostumar com essa prótese que é muito recente...enquanto não acostumar, não tem nada bom, não".

Durante esse período de uso prolongado da prótese podem ocorrer modificações oclusais e teciduais que nem sempre são percebidas pelos idosos. Cabem aos cirurgiões dentistas, estarem atentos a essas mudanças que podem ser, patológicas ou fisiológicas.

Brunetti et al. (2002) explicam que durante o processo de envelhecimento, ocorre uma diminuição da espessura do epitélio, no aspecto e na resiliência da mucosa, portanto é necessário ter maiores cuidados na adaptação/ajuste das selas, e bases das próteses.

A mucosa bucal dos idosos costuma apresentar-se aparentemente normal na ausência da doença sistêmica que possa modificar

sua higidez. Contudo, seu equilíbrio biológico fica mais suscetível de ser rompido, em decorrência da diminuição da secreção das glândulas mucosas e salivares maiores. Por outro lado, vai perdendo suas propriedades elásticas tornando-se mais frágil e responde aos traumatismos protéticos e outros por ulceração em decorrência de menor irrigação sangüínea (PUCCA JÚNIOR, 1996; TOMMASI, 1989).

Outro fenômeno observado com relativa constância é o desenvolvimento de hiperqueratose decorrente de irritação de baixa intensidade. Principalmente quando se instala aparelho protético, pode-se notar o surgimento, em determinadas áreas, de úlceras circundadas por uma área hiperqueratósica, e em outras, pequena intensificação da queratinização tecidual (PUCCA JÚNIOR, 1996; TOMMASI, 1989).

A microbiota bucal tipicamente aeróbia (nos idosos sem dentes) passa a anaeróbia quando do uso de prótese, deixando-o novamente suscetível à infecção desse tipo de flora mais patogênica (BORAKS, 2002).

Ainda no que diz respeito à mucosa bucal costuma-se observar desenvolvimento de infecções decorrentes, tanto da modificação da microbiota como da participação de estados gerais, como carências múltiplas, distúrbios endócrinos e metabólicos são, no caso, de extrema importância, ao lado das modificações quantitativas e qualitativas da secreção salivar (PUCCA JÚNIOR, 1996; TOMMASI, 1989).

Além disso, a diminuição do suprimento sangüíneo retarda a micronutrição e prejudica a capacidade de regeneração. Como conseqüência, a mucosa envelhecida se torna mais sensível às influências externas. Portanto, pode ser mais facilmente sede de lesões por alimentos ásperos ou aparelhos protéticos mal-adaptados e iatrogênicos, e sua capacidade de regeneração e cicatrização é acentuadamente mais lenta do que a mucosa adulta normal (PUCCA JÚNIOR, 1996).

Lesões nos tecidos da boca também podem aparecer, como a estomatite causada por próteses que segundo Zegarelli et al. (1982b) é uma inflamação intensa dos tecidos moles adjacentes à prótese. Na maioria das vezes, recobrem o palato duro e em geral é caracterizada por uma área intensamente avermelhada, brilhante e levemente tumefata. A lesão pode apresentar-se generalizada e difusa, mas também em forma de placas, sendo localizadas em regiões isoladas. É em alguns casos, é assintomática, mas pode ocorrer leve sensibilidade, secura, sensação de queimadura, ou até mesmo dor.

O trauma, ou irritação por prótese, é um fator etiológico freqüente na determinação da estomatite. A ação química do componente monomérico livre do material acrílico das próteses sobre os tecidos subjacentes tem sido relatado como causa de reações inflamatórias nos tecidos (ZEGARELLI et al., 1982b).

A má nutrição e a hipovitaminose podem predispor os tecidos da boca a uma reação inflamatória difusa (estomatite, glossite e queilite), como ocorre no alcoolismo, diabetes não controlado e anemias podem atingir os tecidos moles próximos da boca (ZEGARELLI et al., 1982b).

A articulação temporomandibular também deve ser observada, pois pode apresentar vários graus de subluxação, principalmente em decorrência de tonicidade muscular diminuída, o que determina que adote posições que dificultam o fechamento da boca ou mesmo sinais de artrite (PUCCA JÚNIOR, 1996; TOMMASI, 1989).

É preciso estar atento aos ossos do complexo maxilo-mandibular no indivíduo idoso que apresentam sinais de osteoporose cuja origem pode ser atribuída a diversos fatores como a própria idade, alterações hormonais e carências nutritivas. Determinados pacientes revelam total reabsorção dos processos alveolares e, inclusive, de parte do corpo da mandíbula, podendo deixar desprotegidos os nervos mandibulares e mentoniano, o que costuma determinar intensos fenômenos dolorosos quando da aposição de prótese (PUCCA JÚNIOR, 1996; TOMMASI, 1989).

Conforme se pode verificar, são inúmeras as situações que ocorrem no ambiente bucal e justificam por si só, a visita ao dentista, mesmo que o indivíduo não tenha mais dentes na boca, pois em geral, as pessoas acreditam que "se não há mais dentes", não é necessário mais ir ao dentista.

4.3.3 Necessidade de tratamento

O alto grau de mutilação dentária presente na população adulta e idosa justifica o número significativo de indivíduos que usam ou necessitam de próteses em relação aos demais procedimentos odontológicos e, tem sido observado em vários estudos no Brasil e no mundo, evidenciando o caráter dominante da odontologia mutiladora.

Saúde bucal e necessidade de tratamento foram investigados em 560 pessoas idosas em Vestsjaelland, na Dinamarca por Grabowski e Bertram (1975). Ao todo, 68,2% da população era edêntula. Tratamento de reabilitação protética foi o principal procedimento requerido em 80% do grupo. Em contraste, somente 25% dos entrevistados perceberam essa necessidade de tratamento.

Österberg et al. (1984) realizaram levantamento epidemiológico na Suécia e constataram que 46% dos homens e 55% das mulheres eram desdentados em ambas as arcadas. Metade dos sujeitos dentados usava dentadura por mais de 10 anos e, somente 14% tinham dentaduras funcionalmente satisfatórias e com oclusão aceitável. Sessenta por cento dos sujeitos edêntulos necessitavam de novas próteses.

Lemasney e Murphy (1984) conduziram uma investigação em 368 pacientes idosos em dois hospitais geriátricos na Irlanda e relataram que

78% dos examinados eram edêntulos mas somente 27% destes usavam prótese em ambas as arcadas.

Rosa et al. (1992) relataram que dos indivíduos examinados no domicílio, no município de São Paulo, entre os edêntulos, 76% usavam prótese total superior e inferior, sendo que o restante usava apenas prótese superior (13%) ou necessitava de prótese total superior e inferior (11%). Já entre os examinados nas instituições, a situação foi diferente com apenas 30% usando prótese total em ambos os arcos. A diferença encontrada foi provavelmente devido ao fato das pessoas institucionalizadas possuírem baixa renda.

Em outro estudo realizado por Rosa et al. (1993), apenas 8 pessoas, das 257 examinadas, não necessitavam, nem usavam qualquer tipo de prótese (parcial ou total). Todas as demais, ou seja, praticamente 97%, precisavam de reabilitação protética.

knabe e Kram (1997) investigaram 364 pacientes idosos institucionalizados na Alemanha, e observaram que, somente 37,6% das próteses, exibiam suficientemente retenção e estabilidade.

Frare et al. (1997) descreveram, em Pelotas/RS, um alto índice de desdentados com 64,6%, sendo que 73,4% usavam aparelhos protéticos. O estudo mostrou que a maioria dos idosos (51,7%) usava prótese há mais de 20 anos.

Meneghim e Saliba (1998) pesquisaram uma amostra da população pertencente aos grupos de terceira idade, residente no município de Piracicaba/SP. O uso de prótese total para o arco superior foi 65,55% e 36,36% para o arco inferior.

Os resultados relativos ao uso de prótese em 97 idosos examinados por Saliba et al. (1999) no município de Araçatuba/SP, mostraram que dos 67 desdentados totais, 48% fazem uso de pelo menos uma prótese total e 52% não usam nenhum tipo de prótese, evidenciando descuido com a saúde, seja por motivos financeiros, seja por falta de atenção aos idosos.

Chagas et al. (2000) observaram em 134 idosos que a necessidade de substituição e reparo de próteses, respectivamente, era de 83,58% e 7,47%.

Cangussu et al. (2001) mostraram que o uso e necessidade de prótese aumentam com a idade, tendo encontrado a distribuição percentual segundo uso de prótese total e removível na faixa etária de 35-44 anos, 8,8% e 8,3%, respectivamente, e 36% e 8,0% nos idosos de 65 anos ou mais.

No momento da realização das entrevistas, duas mulheres estavam fazendo tratamento dentário. O motivo da visita ao dentista em consultório particular foi a substituição da prótese que era antiga e machucava a gengiva e o outro, a realização de tratamento endodôntico porque o dente

anterior estava escuro, ocasião em que ocorreu a substituição da prótese parcial removível inferior do paciente que estava bastante desgastada.

Somente um idoso relatou que vai ao dentista regularmente, independente de sentir alguma dor ou incômodo e que não necessitava de nenhum tratamento dentário. Vale ressaltar que este entrevistado, por ter trabalhado dentro da Faculdade de Odontologia, supomos deter informação privilegiada, em relação aos demais, sobre os cuidados com a boca (mas nem por isso, tem a melhor condição de saúde bucal):

> "Geralmente, a cada 6 meses eu passo lá para ele dar uma verificada assim, ver como é que estar. Aí, ele diz: tá bem, pode continuar, não precisa refazer nada e vai tocando a vida do jeito que estar". Sr. Marcelo

Entre os entrevistados de menor renda mensal, um que mora no abrigo de idoso e a outra que é aposentada com um salário mínimo, ambos portadores de prótese total superior e inferior, reconhecem que é necessário realizar a substituição das próteses, porém a freqüência de visita ao dentista fica na dependência das condições financeiras:

> "Eu tava até com vontade de falar pro meu filho. Se ele pagasse, eu mandava fazer uma (prótese) prá mim". Sr. Pedro

O Sr. Pedro percebeu a necessidade de trocar a prótese total por perceber que já estava folgada e, demonstrou o desejo de possuir uma nova. Contudo, o alto custo financeiro requerido para confecção das próteses em consultório dentário particular e a ausência de resolução desse problema

nos serviços públicos, aparecem como dificultadores na reabilitação protética do Sr. Pedro e certamente, situação semelhante ocorre com muitos outros idosos asilados e assalariados em nosso país.

Dolan et al. (1998) estudando americanos idosos para determinar a proporção destes que recebiam serviços odontológicos e quais as barreiras que dificultavam o acesso aos serviços, verificaram baixo nível de educação e baixa renda, aumento da idade e autopercepção baixa sobre o estado de saúde são fatores de risco para não haver visita ao dentista.

Saliba et al. (1999) investigaram a população idosa institucionalizada em Araçatuba/SP. De acordo com os dados obtidos, 62,2% responderam não possuir dentes, 50% usavam algum tipo de prótese, e dos desdentados totais, 53,3% manifestaram necessidade de fazer uso de prótese. Relataram que necessitavam de tratamento odontológico, 57% dos entrevistados, sendo que a maioria, 90% indicou ter visitado o dentista somente quando necessário. Quanto ao tempo decorrido da última visita ao dentista, informaram ter sido há mais de dois anos (88%), pelo principal motivo: dor (53%). Nenhum indivíduo foi ao dentista por motivo de prevenção.

Silva e Castellanos Fernandes (2001) avaliaram a autopercepção das condições de saúde bucal por idosos e analisaram os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção. Os dados subjetivos mostraram que as pessoas apresentaram precária percepção dos problemas bucais.

Assim, 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes ou gengiva, respectivamente. A condição bucal foi avaliada como "regular" por 42,7% das pessoas. A auto-avaliação da condição bucal aparentemente contrasta com a condição clínica, pois a pessoa teve visão positiva, mesmo com seus dados não sendo satisfatórios. No entanto, ela apenas revelou que o paciente deve avaliar sua condição bucal com critérios diferentes do profissional.

Berti (2002) examinando 205 pessoas de ambos os sexos com idade de 60 anos, residentes no município de Cascavel/PR encontrou um grande contraste do número de consultas médicas anuais em relação ao número de consultas odontológicas. Enquanto 41,46% dos idosos relataram procurar assistência médica mais de três vezes ao ano, 57,07% das pessoas consultaram o cirurgião dentista, menos de uma vez ao ano.

Outro trabalho feito por Moimaz et al. (2003)* nos idosos institucionalizados em Araçatuba/SP, quando perguntado se eles tinham alguma queixa de saúde bucal, 84% responderam negativamente e, 16%, disseram que possuíam. Entretanto, 72% dos idosos não apresentavam mais dentes na cavidade bucal e 64% dos idosos, não usavam nenhum tipo de prótese, ou seja, mesmo sendo desdentados, pareceu que a falta de dentes não se constituiu em problema de saúde bucal ou não se traduziram em necessidade de tratamento percebida.

* MOIMAZ, S. A. S. et al. Programa sempre sorrindo: uma visão além da boca. 2003. No prelo.

A segurança proporcionada pela prótese que era firme na boca da Sra. Maria foi um fator decisivo para que ela continuasse usando o aparelho por muito tempo e evitasse trocá-la, mesmo que esteticamente estivesse comprometida:

> "Nossa! Nem sei te falar quanto anos tem. Faz muitos anos. Eu não troquei mais porque eu ia ao dentista, falava", vamos trocar". Ah, mas tá boa, tá segurando bem, prá quê que eu vou trocar? Então, não precisava trocar. Então eu não trocava porque eu pensava assim " vou trocar, de repente não fica boa, não segura", então, eu não troquei mais".

A falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico é muito comum não somente entre os idosos, suas famílias e cuidadores, mas também entre muitos profissionais de saúde. Esta falta de percepção pode levar o paciente idoso a deixar o tratamento odontológico sempre "por último" em relação a outros tratamentos de saúde, e pode diminuir também a disposição do paciente em pagar pelo tratamento (DUNKERSON, 2003).

Para modificar a autopercepção em relação aos aspectos de saúde, incluindo-se a saúde bucal, a informação e a orientação básica da população constituem os meios mais efetivos, assegura Shinkai e Del Bel Cury (2000). Trata-se de retirar da população da terceira idade o estigma de naturalmente doente, idéia que o próprio indivíduo idoso tem de si, para que as necessidades de saúde sejam percebidas e se tornem reais. Somente a partir daí ocorrem mudanças de atitudes pessoais, que são pré-requisitos para

a reivindicação de medidas específicas e sua aceitação. Paralelamente, há necessidade de organização das comunidades e de uma rede de assistência profissional preparadas para atender a população dentro do paradigma de promoção de saúde.

O propósito do trabalho concretizado por MacEntee e Scully (1988) foi de prover informações epidemiológicas descritivas sobre a saúde bucal e necessidades de tratamento de adultos idosos não-institucionalizados em Adelaide (Austrália). Entre os 52,9% das pessoas dentadas, a prevalência foi de cárie radicular (27,1%) sendo que a maioria das pessoas (83,8%) usava uma ou duas próteses. As desordens associadas com as próteses foram freqüentes, afetando 77,4% dos usuários de prótese superior e 72,5% dos usuários de prótese inferior.

Leake et al. (1990) determinaram o *status* de saúde bucal e necessidades de tratamento de pessoas com idade de 50 anos ou mais residentes em East York, Ontário. Dos pacientes examinados, 76% eram dentados e 71% tinham visitado um dentista nos últimos dois anos. Apesar disso, 27% tinha problemas de mastigação, 15% tinha desconforto com os dentes, 53% precisava de restaurações, 12% de extrações e 15% necessitava de cuidados urgentes. A idade não foi um fator estatisticamente significante na prevalência das necessidades de tratamento.

Num estudo realizado em Vancouver por MacEntee et al. (1993) em uma amostra de 521 indivíduos acima de 70 anos e vivendo

independentemente foi investigada a influência da idade na saúde bucal e no comportamento associado a ela. Os resultados mostraram que cerca de um terço dos 521 indivíduos reclamaram de um problema bucal e cerca da metade dos que reclamaram disseram que o problema existia há pelo menos 1 ano.

Os problemas mais comumentes identificados foram: desconforto, próteses quebradas ou folgadas, dor de dente, mastigação limitada, dentes moles, cariados ou quebrados, e gengivas doloridas. Mais de um terço (39%) daqueles que tinham um problema já há muito tempo não sabiam identificar o motivo pelo qual não procuraram ajuda profissional, mas os outros deram uma variedade de razões, inclusive a sensação de que o problema não era tão importante (28%), preocupação a cerca do custo do tratamento (18%), dificuldade de ir ao dentista (6%), tratamento anterior não ter resolvido o problema (5%) e doença (4%). Quarenta por centos dos indivíduos em algum momento durante a entrevista esboçaram uma preocupação a cerca do custo do tratamento.

Os autores concluíram que o uso dos serviços odontológicos parece manter o mesmo padrão de freqüência estabelecido quando mais jovem. Além disso, os achados tendem a apoiar o ponto de vista de que *status* sócio-econômico mais alto e a presença de dentes naturais estão fortemente associados com cuidados preventivos. Muitos usuários pareceram ter se acostumado com dentaduras desconfortáveis. Por isso, poucas reclamações

foram registradas, mesmo pelo grupo de má saúde bucal. Similarmente, uma grande proporção daqueles preocupados com os custos não reclamava nem tinha visitado o dentista no último ano. Talvez o desejo de reclamar na idade avançada seja diminuído pela consciência de que o tratamento, principalmente se envolver o uso de próteses, é inatingível ou financeiramente inviável.

Slade et al. (1993) avaliaram a saúde bucal de indivíduos acima de 75 anos e vivendo independentemente no sudeste da Inglaterra. A maioria da amostra, ou seja, 80% era edêntula e uma grande proporção de indivíduos dentados e desdentados usavam próteses. Os indivíduos dentados tinham, em média 11 dentes naturais, freqüentemente com evidência de cárie radicular e bolsas periodontais profundas ou perda óssea extrema. O tratamento protético está relacionado principalmente a reparos enquanto que há uma necessidade de controlar as cáries radiculares entre a crescente população de pessoas idosas dentadas.

A Terceira Idade é um grupo heterogêneo devido as diferenças em experiência de vida acumulada por cada indivíduo. Tais diferenças devem ser levadas em consideração quando do atendimento, pois podem afetar a aceitação, o recebimento e o sucesso do tratamento. Assim, uma comunicação apropriada deve ser estabelecida, instruções dadas ao idoso devem ser claras e, se preciso repetida várias vezes. Dificuldades físicas afetando a locomoção, acesso ou utilização da cadeira do consultório

odontológico, nível socio-econômico-cultural, as expectativas da família e da comunidade em que vive, financiamento do tratamento, o nível de desconforto com o problema oral, o nível cognitivo, entre outros, podem também causar um grande impacto no atendimento ao paciente idoso (WERNER et al., 1998; DUNKERSON, 2003).

4.3.4 Cuidados preventivos

Os cuidados com a boca e a saúde foram sabiamente evidenciados pelo Sr. Marcelo:

> "A boca é o fator mais importante prá saúde da gente, né. Porque muitas doenças a gente contrai é pela boca. A parte de...como qualquer coisa assim, não mastiga direito. Se não entrar pela boca, a pessoa vive inteiro mas às vezes, entrando pela boca pode criar qualquer doença, provocar qualquer doença".

O cuidado com a higiene bucal na terceira idade é um problema crítico e pouco valorizado por muitos cirurgiões dentistas e pela população, de um modo geral.

O paciente idoso, geralmente, tem muitos problemas crônicos, como por exemplo, a artrose nas mãos. Aliado ao desconhecimento, a falta de conscientização da importância da prevenção em odontologia, a baixa auto-estima, perda da habilidade cognitiva, entre outros fatores,

condicionam ao surgimento de um ambiente hostil para a manutenção de uma boa higiene bucal.

Não podemos esquecer que as pessoas que atingem a senilidade tendem a perder parte de suas capacidades motoras, dificultando dessa forma uma correta remoção mecânica, via escovação da placa bacteriana, aderida à superfície dos dentes e gengivas (PUCCA JÚNIOR, 1996).

Parajara e Guzzo (2000) realçam a importância da higiene bucal que muitas vezes fica comprometida quando a pessoa idosa não enxerga bem o suficiente para conseguir executar todo o procedimento de limpeza, como passar o fio dental e perceber qualquer alteração na boca, situação que se agrava, se não há coordenação motora. A escovação, antes tão simples, torna-se difícil.

Kiyak e Grayston (1993) numa pesquisa conduzida em 1063 residentes de instituições geriátricas em Washington revelou que a maior necessidade entre os idosos dentados era a rotina de higiene oral. Os autores sugerem que a higiene oral diária e check-up regular por dentistas, educação para o staff das instituições e para os idosos sejam desenvolvidos, pois se constituem em necessidades críticas.

Mello e Padilha (2001) analisaram a condição de higiene bucal dos idosos pertencentes às instituições geriátricas em Porto Alegre/RS. Em geral, a condição de higiene dental e de próteses totais superiores dos 84

idosos examinados foi considerada ruim. Idosos independentes apresentaram índices médios de placa inferior àqueles moderadamente dependentes ou dependentes.

Quando perguntamos aos sujeitos dessa pesquisa, quais os cuidados que possuem com a prótese e como fazem a higiene bucal, obtemos as seguintes respostas:

> "De manhã cedo, eu levanto, e passo uma escova e limpo com pasta e pronto. Uma vez cedo, né, senão, às vezes, quando eu almoço, na hora do almoço também, eu vou e limpo, né, a comida que eu como, a comida pesada que eu sinto, aí vou lá e limpo". Sr. Pedro

> "Ah... eu limpo toda vez que eu tenho qualquer coisa que me implica assim, como se fosse os meus dentes, qualquer coisa que eu sinta que tá presa, eu vou e tiro, já escovo". Sra. Maria.

A limpeza constante e após as refeições, nem sempre é realizada pelos entrevistados pesquisados neste estudo. Em geral, somente a limpeza matinal é realizada, e as demais ficam na dependência de que algum alimento grude na prótese ou fique preso entre os dentes naturais ou artificiais.

Para o Sr. Marcelo a higienização é um hábito que faz parte do seu dia-a-dia:

> "Geralmente, é três vezes ao dia, né. Cedo, após o almoço e após o jantar".

Observamos que para a remoção dos restos alimentares são utilizadas as escovas de dente e pasta, ou somente água. Não foi citado em

nenhum depoimento, o uso de fio dental, escova interdentária ou outro meio coadjuvante para auxiliar a higienização bucal.

Com referência à freqüência de escovação, Frare et al. (1997) pesquisaram um grupo de idosos em Pelotas/RS e relataram que 25,3% dos entrevistados escovavam os dentes pelo menos uma vez ao dia, 26,5%, duas vezes e, 48,2% três vezes ou mais ao dia, porém os dados fornecidos não coincidiam com o estado de saúde bucal encontrado.

Explicando como é realizada a limpeza da prótese parcial removível (PPR) que apresenta a facilidade de retirar da boca, a Sra. Rebeca relata:

> "Sim. É muito fácil, prática demais. É só tirar, ela não tem dente, só tem uns toquinhos, né, imitando os dentes".

Conforme explicado, é limpo somente os "toquinhos", mas e o resto da prótese?

A exemplo do que acontece com pessoas que não usam prótese e têm seus dentes naturais, limpam somente estes, esquecem da língua e do sulco gengival, esse mesmo modelo se reproduz em quem é portador de prótese, limpando apenas os dentes artificiais. Para uma limpeza adequada, é preciso higienizar toda a extensão da PPR, inclusive os grampos de retenção.

Montenegro e Brunetti (2002) esclarecem que a limpeza dos rebordos, mesmo sob as próteses totais, removíveis e overdentaduras

(tradicionais ou implanto-suportadas), deve ser estimulada, pois ali se depositam restos alimentares que depois irão se deslocarem para os dentes remanescentes, especialmente quando a limpeza do paciente está prejudicada pela xerostomia; esses restos também favorecem a reabsorção óssea sob as bases/selas, podendo gerar pigmentações na resina e mau cheiro na cavidade bucal, já que muitas vezes são visualizados verdadeiros cálculos nos dentes artificiais e faces internas das próteses.

Ainda em relação aos cuidados com o aparelho protético, todos os idosos confirmaram que dormem com a prótese. Somente, o Sr. Pedro recebeu orientação através dos estudantes que participam do Programa de Atenção aos Idosos institucionalizados desenvolvido pela Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social/FOA/UNESP. Os demais relataram que nunca receberam orientação sobre o descanso noturno dos tecidos bucais pela remoção das próteses.

> "Eu tinha que obedecer, né, eles são estudantes, então eu fiz uma semana. Eu fiz assim: dormir sem a dentadura, mas eu não acostumo. Já procurei acostumar, mas não adianta"! Sr. Pedro

> "Não, nunca ninguém me falou nada e, eu não tiro, não. Eu só tiro, às vezes, um pouquinho, se tiver machucando porque eu tenho muita afta". Sra. Maria

De acordo com Montenegro (2002), o descanso noturno dos tecidos bucais não é ressaltado pelos profissionais na entrega das próteses. Além disso, enfrenta ainda problemas familiares/sociais. *O primeiro*

empecilho é o cônjuge/ familiar verem o paciente sem a prótese com o característico sulcamento facial; *o segundo* é psicológico, já que ficar sem prótese implica em "assumir a velhice", e *o terceiro* é que não há qualquer informação contrária disponível em nível populacional. Assim, mais um hábito social é criado sem sustentação científica.

Existem controvérsias sobre a reabsorção óssea em usuários (ou não) de próteses totais e removíveis. Montenegro (2002) relatou alguns estudos mostrando que a reabsorção óssea é inevitável e ocorrerá mesmo que o paciente não usasse prótese alguma.

Slade et al. (1993) pesquisando a saúde bucal de indivíduos acima de 75 anos na Inglaterra, relataram que mais da metade dos usuários de prótese utilizavam peças folgadas, muito mal higienizadas ou estruturalmente defeituosas. Patologias na mucosa eram achados muito comuns, e a maioria das lesões era estomatites associadas às próteses mal higienizadas.

Kiyak (1993) estudou o papel da idade e da base cultural do paciente na previsão da utilização de serviços odontológicos e comportamentos de cuidado próprio no contexto de um modelo pessoa-ambiente de saúde bucal. Esse modelo sugere que o comportamento relacionado com a saúde bucal é uma função de características do paciente como idade, sexo, cultura, necessidades dentais percebidas e crenças de saúde. Também associa com características do sistema de tratamento dental como, custo, disponibilidade de sistemas de pagamento e acessibilidade dos

dentistas que são vistos pelos pacientes como compreensivos e simpáticos às suas necessidades.

Knabe e Kram (1997) analisaram as condições de saúde bucal e o cuidado odontológico provido a idosos institucionalizados em Berlim, na Alemanha. A higiene oral foi suficiente somente em 12,6% dos casos e a higiene das próteses em 45%. Os resultados mostraram que os idosos não são submetidos a exames bucais periódicos e recorrem aos cuidados odontológicos somente em momentos de dor e desconforto ou quando o tratamento é considerado necessário pelos funcionários das instituições.

Quando indagamos aos entrevistados se haviam recebido de algum dentista orientação de escovação e informações sobre os cuidados preventivos, a Senhora Maria nos relatou:

> "Não, eu não recebi. A escovação, a gente escova, a gente lê, né. Ver na televisão, uma coisa e outra, mas assim, do dentista falar, *escova assim, não escova assim,* não."

A Sra. Maria freqüentou com bastante assiduidade o consultório dentário e ao longo de sua história foi possível detectar que a preocupação com sua saúde bucal era uma constante. Mesmo assim, nunca se estabeleceu entre ela e seu dentista, um diálogo sobre os cuidados com a higiene bucal. Foi preciso ela buscar informações nas diversas fontes, como livros, revistas, e o que é pior, na televisão que normalmente, informa incorretamente as técnicas de escovação.

O depoimento acima expressa com lealdade a odontologia de décadas atrás em que seus fundamentos teóricos baseavam-se na prática curativa e no tecnicismo, sem preocupação maior com os conteúdos direcionados à promoção da saúde.

A odontologia preventiva chegou ao Brasil, no início da década de 1960, seduzindo inicialmente apenas restritos setores universitários e sendo objeto de grande desinteresse pelos clínicos, tanto no setor público, como privado (NARVAI, 1994).

Rosa et al. (1992), argumentaram que a prevenção em odontologia só passou a despertar interesse no Brasil no final da década de 1970, o que poderia explicar, em parte, os baixos níveis de saúde bucal no idoso. Por esse raciocínio, os efeitos das medidas odontológicas preventivas só serão mais evidentes em gerações futuras de idosos brasileiros.

Esses mesmos autores salientam a necessidade de políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde, incluindo programas voltados à promoção de saúde em idosos para reduzir os níveis de doença, a fim de que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento.

Entretanto, já existe a lei 8.842/94 de 01/94 (regulamentada em 07/96) que trata especificamente da política Nacional do idoso no Brasil. Está composta de quatro capítulos, totalizando vinte e dois artigos. Embora a referida Lei prescreva ao idoso a assistência à saúde pelo SUS (*prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde dos idosos, mediante programas e*

medidas profiláticas), sabe-se que as condições atuais são precárias para tal cumprimento (OLIVEIRA, 1999).

Para Shinkai e Del Bel Cury (2000), especificamente na área odontológica, alguns problemas podem ser detectados e devem ser sanados rapidamente. Um deles é a necessidade urgente de formação de recursos humanos capacitados em odontologia geriátrica para o atendimento especializado ao idoso, principalmente aos indivíduos com incapacidades.

Além disso, concluem as autoras, tanto na graduação, quanto nos cursos avançados, a odontologia deve incorporar uma nova mentalidade de formação, com base na interdisciplinaridade e na atenção integral à saúde. Outro problema é a inexistência de programas preventivos e de assistência odontológica direcionados à terceira idade em nível coletivo. Também na odontologia a prevenção é a chave para a atenção ao idoso, com reflexos visíveis na análise de custo-benefício: os gastos são menores e o acesso é mais amplo.

A análise do PNAD trouxe uma informação desmistificante em relação ao índice de satisfação dos usuários do sistema público do SUS. Quando apenas a população que utiliza o sistema público é perguntada sobre a auto-avaliação do atendimento, uma expressiva maioria aprova o atendimento (86,2%) e apenas 2,4% acham o seu funcionamento ruim ou muito ruim (VERAS, 2002b).

Quando indagamos aos entrevistados desta pesquisa se estavam satisfeitos com o atendimento odontológico que receberam durante toda a vida, dois deles nos lembrou que no começo tinha pouco dentista, o tratamento era mais difícil e a odontologia não tinha a tecnologia e os recursos que se tem hoje, portanto, não estavam muito satisfeitos com o atendimento.

> "No começo, não. Quando eu comecei a tratar dente era mocinha, o tratamento era muito fraco. Eles estragavam muito os dentes da gente porque você ia fazer o tratamento, eles punham algodãozinho com óleo de cravo, e aí tirava aquele algodãozinho, ia lá outro dia tirava o algodãozinho, punha outro algodãozinho, então demorava muito pra obturar um dente. Quando ia obturar o dente já estava quase todo estragado. Pode, às vezes, ter isso também que a gente...que os antigos estejam perdendo os dentes mais depressa porque eram poucos os dentistas. Hoje tem muito". Sra. Maria

Já a Sra. Fernanda nos revelou que foi muito bom o contato que teve com os dentistas, pois sempre a atenderam muito bem e não teve dificuldade nenhuma. No entanto, ela também nos disse que no início, se houvesse um tratamento, não teria perdido seus dentes, pois eram muitos bonitos. Hoje, é portadora de prótese total superior e inferior. E finaliza seu discurso falando que a boca é importante para a sua saúde geral:

> "Para minha saúde foi muito bom. Porque com os dentes que eram doentes, então, a gente engolia aquilo que não fazia bem, poderia causar qualquer doença. Então, tinha que tirar porque a piorréia dar aquele pus, né, o dente cresce. Teve alguns, que eu consegui até tirar sozinha. Então, não tive alternativa". Sra. Fernanda

Na visão da Sra. Rebeca, no começo, os dentistas não eram tão bons assim mas que hoje em dia...

> "Eles cuidam do dente até onde não der. Olha, tô dando os parabéns de coração prá esses formandos que já foram formados. Antigamente, era arrancar, vamos extrair".

E como será a avaliação do atendimento odontológico daqui a alguns anos? Estamos realmente preparados para atendermos *os nossos jovens e adultos* que serão *os velhos* de amanhã? Como estamos nos mobilizando em busca da inclusão da velhice no rol dos assuntos em debate nas nossas entidades de classe, nas universidades e nas instituições públicas?

Muita coisa mudou! Com certeza, vivemos hoje em um novo milênio, um novo capítulo da odontologia está sendo escrito, alicerçado é verdade, cada vez mais, com muita tecnologia, porém mais voltada à promoção da saúde, preocupada com o bem-estar dos indivíduos e, não somente com a "doença" dos dentes.

Ao mesmo tempo, percebemos que cresce no Brasil, o número de pessoas que optam por tratar-se com dentistas que associam à odontologia, técnicas da medicina holística, como a biocibernética bucal, a homeopatia e acupuntura que buscam equilibrar a energia do indivíduo e eliminar as causas das desordens que acabam se refletindo na boca. Será mesmo que estamos vivendo uma nova odontologia?

Finalizaremos esse capítulo com um depoimento de Rossetti (1999) que fez uma reflexão sobre a prática odontológica e cabe a nós,

também repensarmos que se pode chegar por distintos caminhos, de distintas formas, em distintos tempos e tudo é válido mas "à saúde não se pode chegar pelos caminhos da enfermidade".

> Neste momento, no mundo inteiro, a maior parte das pessoas de 50 anos de idade, está desdentada. Outra grande parte perdeu mais de 70% dos seus dentes. O restante está com algum grau de destruição nas suas estruturas de suporte e muitos estão condenados a passar o resto de suas vidas com traumas psicológicos pelos efeitos antiestéticos, por se sentirem mutilados ou por terem comprometido suas relações afetivas e sexuais. Se a isso acrescentarmos a problemática da mastigação, as dores que sentiram ou que ainda sentirão, e o ódio da Odontologia... se imaginássemos do ponto de vista da Arquitetura, como estaria nossa casa? Semiderrubada, com os cimentos se movendo, com umidade..., apenas a frente arrumada com uma mãozinha de cal".

5 Conclusões

5 Conclusões

O envelhecimento e a bucalidade oferecem amplo campo de investigação e, certamente, novas hipóteses surgem à medida que discutimos os temas. Consideramos, contudo, que os objetivos propostos inicialmente para este estudo foram alcançados. Dessa forma, apresentamos nossas conclusões respondendo às questões de pesquisa.

- Predomina na sociedade a compreensão de que ao envelhecimento estão associados o declínio biológico do corpo e a presença de doenças. Na escuta dos nossos entrevistados tal compreensão foi ratificada. Contudo, sabe-se que o processo de adaptação de cada idoso a essa nova fase da vida, dá-se por intermédio das características subjetivas do indivíduo quanto ao equilíbrio psicossocial e de sua relação com o mundo, o que resultará em formas diferenciadas de enfrentar o envelhecimento, sem necessariamente ter de atribuir-lhe conotação negativa.
- É através da boca mutilada pela falta de dentes que a imagem do "estar velho" se expressa. A cárie dentária e a doença periodontal foram identificadas como doenças que ocorrem na boca do indivíduo idoso. Tal crença leva

profissionais e população a associar perda dentária ao processo de envelhecimento.

- A mastigação e a alimentação são afetadas pelo comprometimento da integridade da arcada dentária. Envelhecer, e juntamente acumular perdas dentárias é uma realidade que se expressa nos dados de idosos que, em maioria, são edêntulos em um ou ambos os arcos.
- A ausência de dentes está intimamente ligada à insatisfação estética e é determinante para desencadear estímulos negativos na auto-estima dos indivíduos com repercussão nas relações sociais.
- A assistência odontológica e seu impacto nas condições de saúde bucal dos idosos têm se restringido à prática mutiladora.
- A avaliação dos idosos, em relação aos serviços odontológicos recebidos, revela uma atenção odontológica precária ou inadequada, recebida no início de suas vidas traduzidas pela condição bucal atualmente encontrada, de inúmeras perdas dentárias e uso de prótese, resultado do acúmulo de problemas odontológicos ao longo dos anos.

6 Referências

6. Referências

ARAÚJO, N. S.; ARAÚJO, V.C. *Patologia bucal.* São Paulo: Artes Médicas, 1984. p.117 - 141.

BADEIA, M. *Reflexões sobre ensino e saúde*. Belo Horizonte: Littera Maciel, 1988. 150p.

BARBOSA, L. M. G. O sentido psicológico da fala: um enfoque psicossocial da gagueira. *Rev. Fono Atual.* n.7, p.8-10, 2001.

BAUM, B.J. et al. Oral physiology. In: PAPAS, A. et al. *Geriatric dentistr:;* aging and oral health. St.Louis: Mosby-Year Book, 1991. p.71-82.

BEAUVOIR, S. *A velhice:* a realidade incômoda. São Paulo: Difusão européia do livro:, 1970. p.

BERTI, M. *Autopercepção e avaliação das condições de saúde bucal de idosos.* 2002. 121f. Tese. (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba.

BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G.G. (Orgs.). *Velhice e sociedade.* Campinas: Papirus, 1999. p.11-40.

BORAKS, S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatria:* noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.85-98.

BOSI, E. *Memória e sociedade:* lembrança de velhos. 3ed. São Paulo: Comp. das Letras, 1994. 488p.

BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: HUCITEC, 2000. 317p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação de Serviços de Saúde Pública. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal, zona urbana 1986.* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Programas de Controle de Câncer. PRO-ONCO. *Câncer de boca*: manual de detecção de lesões suspeitas. 2.ed. Rio de Janeiro, 1996. 45p.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L .B.; MARCHINI, L. Prótese dentária na terceira idade. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. *Odontogeritria:* noções de interesse clínico. São Paulo: Artes médicas, 2002. p.251-320.

CABRAL, P. K .G. F. *Idosos reconstruindo-se com suas histórias.* 2002. 114f.. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

CANGUILHEM, G. Doença, cura, saúde. In: ___*O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p.144-163.

CANGUSSU, M. C. T.; COELHO, E. O.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba/SP, Brasil-2000. *Rev. Odontol. UNESP*, São Paulo, v. 30, n.2, p. 245-256, 2001.

CARLOS, S.A.C., MARASCHIN, C., CANTERGI, M. O velho e a representação social da velhice. *Rev. Kairós,* n.1, p. 35-52*,* 2000.

CASSOL, M., BEHLAU, M. *Análise perceptivo-auditiva e acústica da voz de indivíduos idosos pré e pós intervenção fonoaudiológica*. Disponível em: <

http://www.fonoaudiologia.org.br/revista/rev-4/fenobr-4.htm> Acesso em: 8 ago. 2003

CHAGAS, I. J.; NASCIMENTO, A.; SILVEIRA, M. M. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev. Bras. Odontol.* v.57, n.5, p.332-335, 2000.

CHAMBRONE, L. A. Aspectos preventivos da odontologia restauradora, dentística e prótese. In: LASCALA, N.T. *Prevenção na clínica odontológica*: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.253-262.

CORMACK, E. A saúde oral do idoso. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.htm>1 Acesso em: 10 janeiro de 2001

CÔRREIA, G. B. Sexualidade e maternidade: nós e laços de um fenômeno cultural. *Rev .Bras. Sexual. Humana*, v.8, n. 1, p., 1997.

CÔRTE, B.; COUTO, E. S. Colonização tecnológica do corpo/urbano: a remodelagem da vida. *Rev. Kairós*, n.2, p.9-26, 1999.

COSTA, N. P., CONCEIÇÃO, E. N. Exame clínico e radiográfico. In: CONCEIÇÃO, E. N. *Dentística:* saúde e estética. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p.37-46

DOLAN, T. A.; CORREY, C. R.; FREEMAN, H. E. Older americans' access to oral health care. *J. Dent. Educ., Washingto,.* v.52, n.11, p.637-642, nov., 1998.

DUNKERSON, J. A. O atendimento ao paciente odonto-geriátrico. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=202&idesp=19&ler=s> Acesso em: 4 jun. 2003.

ELDERTON, R. J. Ciclo restaurador repetitivo. In: KRIEGER, L. (Coord.) *Promoção de saúde bucal.* São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.193-200.

FERREIRA, R. A. Em queda livre? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v.52, n.2, p.183-187, mar./abr., 1998.

FIGUEIREDO, M. A. Z. et al. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. *Odontol. Mod.*, v.20, n.4, p.33-34, jul./ago. 1993.

FRARE, S. M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.51, n.6, p.573-576, nov./dez. 1997.

FREITAS, S. F. T. *História social da cárie dentária*. Bauru: EDUSC, 2001. 124p.

FURTADO, R. H. M. Psicodinâmica da sexualidade. In: MORAIS FILHO, M.O. *II Curso de sexualidade humana.* Fortaleza, 2000. p.101-108.

GARRAFA, V. Epidemiologia do câncer bucal. *Ars Cvrandi Odontol.,* São Paulo, v. 3, n. 5, p.6- 25, jan. 1976 -1977.

GAMBURGO, L .J. L.; MUNHOZ, S. R M. Linguagem na terceira idade. *Rev. Fono Atual.* n.16, p.51-53, 2001.

GENOVESE, W. J. *Metodologia do exame clínico em odontologia.* 2.ed. São Paulo: Pancast, 1992. p. 213 -241.

GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 125p.

GOLDMAN, S. N. Envelhecimento e educação permanente: uma pedagogia específica para os idosos. *Rev. Kairós*, v.2, n.2, p.25-43, 1998.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In.: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. *Pesquisa social*. 18.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p.67-80.

GRABOWSKI, M.; BERTRAM, U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. *Community Dent. Oral Epidemiol*. v.3, n.3, p.108-114, 1975.

GROISMAN, D. A. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. Cien. Saude, Rio de Janeiro,* v.9, n.1, p.61-78, jan/abr. 2002.

GUERREIO, T.; RODRIGUES, R. Envelhecimento bem sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: VERAS, R. *Terceira idade:* alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 1999. p.51-70.

HABIB, C. *O envelhecimento:* limites e possibilidades. 2001. 123f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Direito e Serviço Social.

IBGE, 2002. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Disponível em: <http://www. Ibge.gov.br> Acesso em: 16 set. 2001

IBGE. Cadernos de informações em saúde. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/tabfusion/tabifusion.ctm> Acesso em: 19 set. 2003

JITOMIRSKI, F. Programação em saúde bucal. In: PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. 4ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. p. 99-138.

KINA, S.; BELOTI, A.; BRUNETTI, R. P. Alterações da sensibilidade gustativa no paciente idoso. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=233&idesp=19&ler=s>. Acesso em: 22 nov. 2001.

KIYAK, H. A. Age and culture: influences on oral health behavior. *Int. Dent. .,* v.43, n.1, p.9-16, 1993.

KIYAK, H. A.; GRAYSTON, M. N.; CRINEAN, C. L. Oral health problems and needs of nursing home residents. *Communty Dent Oral Epidemiol*, v.21, n.1 p.49-52, feb. 1993.

KNABE, C.; KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatrc patients in Germany. *J. Oral Reabil.,* v.24, n.12 p.909-912, Dec.1997.

LASCALA, N. T. Significado clínico e preventivo da cárie e doenças periodontais na odontologia. In:___*Prevenção na clínica odontológica:* promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.21-28.

LEAKE, J. L. et al. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario. *Can. f Public Health.* v.81, n.2 , p.120-124, 1990.

LEMASNEY, J.; MURPHY, E. Survey of the dental health and denture status of institutionalized elderly patients in Ireland. *Community Den.t Oral Epidemiol.,*Copenhgen, v.12, n.1, p.39-42, 1984.

LIMA, M. A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UnATI/UERJ. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v.2, n.2, 1999. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br.> Acesso em: 04 mai. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, 2003.

LOCKER D.; LEAKE, J. L. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *J. Dent. Res.*,Chicago, v. 72, n.1, p.9-17, 1993.

LOURENÇO, R. A.; MOTTA, L. B. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: VERAS, R. *Terceira idade*: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI, 1999. p.95-106.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. A. *Pesquisa em educação:* abordagens qualitativas. São Paulo; EPU, 1986. 99p.

LUZ, D. T. O paciente odontogeriátrico. *A. Terceira idade,* São Paulo, n.18, 1999.

MACENTEE, M. I.; SCULLY, C. Oral disordens and treatment implications in people over 75 years. *Community Den.t Oral Epidemio.,*Copenhagen, v.16, n.5, p.271-273, 1988.

MACENTEE, M. I.; STOLAR, E.; GLICK, N. Influence of age and gender on oral health and related behavior in an independent elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol,* v.21, n.4, p.234-239, 1993.

MALTZ, M.; CARVALHO, J. Diagnóstico da doença cárie. In: KRIEGER, L (Coord.) *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.71-91.

MALTZ, M. Cárie dental: fatores relacionados. In: Pinto, V.G. *Saúde bucal coletiva.* 4 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. p.319-335.

MARCACCINI, A. M.; SOUZA, P. H. R.; TOLEDO, B. E. C. Influência da idade sobre o periodonto. *Odonto 2000- Odontologia do século XXI.* v.1, n.1, p.8-12, 1997.

MARCENES, W. et al. The relationship between dental sattus, food selection, nutrient intake, nutritional satus, and body mass index in older people. .*Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.809-815, jun., 2003.

MARTINS, J. Não somos cronos, somos kairós. *Rev. Kairós,* v. 1, n.1, p.11-24, 1998.

MELLO, A. L. S. F.; PADILHA, D. M. P. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátrica de pequeno porte em Porto Alegre. *Rev. Fac. Odontol.* Porto Alegre, v.43, n.2, p.12-19, dez., 2001.

MENDONÇA, T. C. S. A mutilação bucal em foco: um olhar antropológico sobre um objeto da odontologia. 1999. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Feira de Santana. Feira de Santana.

MENDONÇA, T. C. S. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre responsabilidade pela perda dentária. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1545-1547, nov./dez., 2001.

MENEGHIM, M. C. M.; SALIBA, N. A. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba-SP: 1998. RPG, *Rev. Pós Grad.* v.7, n.1, p. 7-13, 2000.

MENEGHIM, M. C. M.; PEREIRA, A. C.; SILVA, F. R. B. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba-SP. *Pesqui. Odontol. Bras.,* São Paulo, v.16, n.1, p.50-56, 2002.

MERCADANTE, E. A identidade e a subjetividade do idoso. *Rev. Kairós, v.*1, n.1, p.59-67, 1998.

MICHAELIS. *Dicionário prático da língua portuguesa*. São Paulo: Ed. Melhoramento, 2001. 951p.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1992. 269 p.

MONTEIRO, P. P. Envelhecimento: rumo ao novo paradigma. *Rev. Kairós, v.*3, n.3, p.53-61, 2000.

MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F. Higienização dos idosos com reabilitações bucais. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B.

Odontogeriatria: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.333-360.

MONTENEGRO, M. B .F. *Em busca do gesto perdido*. 1998. 72f. Monografia (Especialização em Gerontologia Social) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza.

MOREIRA, T. F.; FREITAS, E. M. *O beijo*. Disponível em: <http://www.uol.com.br/amcc/sexo/02.htm> Acesso em 3 ago. 2003.

MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odontol. Mod.,* v.19, n.4, p.11-13, jul./ago. 1992.

MOTTA, L. B. Repercussões médicas do envelhecimento. In: VERAS, R .P. *Terceira idade*: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: UERJ, UnAT, 1999. p.107-124.

NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NEWBRUN, E. História e teorias iniciais sobre a etiologia da cárie. In: ___ *Cariologia*. São Paulo: Ed. Santos, 1988. p.1-18.

NICOLA, P. Doenças do aparelho digestivo no idoso. In: ___ *Geriatria*. Porto Alegre: D .C. Luzzatto, 1986. p.181-230.

ODONTOGERIATRIA é a nova especialidade. JAO. Acessória Odontologista, Curitiba, v.5, n.31, p.26-27, mai/jun. 2003.

OLIVEIRA, R. C. S. *Terceira idade:* do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo: Paulinas, 1999. 288p.

OLIEVENSTEIN, C. *O nascimento da velhice*. São Paulo: EDUSC, 2001.154p.

OPPERMANN, R .V.; RÖSING, C. K. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. . In: KRIEGER, L. *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.255-282.

ÖSTERBERG T.; HEDEGARD, B.; SÄTER, G. Variation in dental health in 70-year old men and women in Göteborg, Sweden. *Swed Dent J.* v.8, n.1, p.29-48, 1984.

PACHECO FILHO, R. A. A psicanálise e as mulheres e os homens de "uns tantos ou quantos anos". *Rev. Kairós,* v. 1, n.1, p. 71-90, 1998.

PADILHA, D. M. P. *A saúde bucal de pacientes idosos*. Aspectos clínicos de um grupo de idosos ingleses e clínicos-radiográficos de um grupo de idosos brasileiros. 1997. 260f. Tese (Doutorado em Odontologia, área de concentração em Estomatologia Clínica). - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Rio Grande do Sul.

PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável! *Assoc. Paul. Cir. Dent.,* v.54, n.2, 2000, p.91-99.

PRADO, S. D. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. *Textos Envelhecimento*, n.4, v.8, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br> Acesso em: 04 mai. 2003.

PUCCA JUNIOR, G. A. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 297-309.

PUCCA JÚNIOR, G. A. *A saúde bucal do idoso?* aspectos demográficos e epidemiológicos. Disponível em: < http://www.odontologia.com.br/artigos> Acesso em: 16 nov. 2000.

QUEIROZ, J.R. Barreiras à integração Social do Idoso. *A Terceira Idade,* São Paulo, n.18, p. 45-58, 1999.

QUINTALE, S.; PIMENTEL, A. T.; BERENSTEIN, A. L. S. Caracterização das mudanças anatomofisiológicas da mastigação, deglutição e dos hábitos alimentares no indivíduo idoso assintomático. *Fono Atual*, São Paulo, v. 5, n.21, p.16-29, jul./set. 2002.

RAMOS, V. *Corpo e movimento no envelhecimento*. 2000. 146f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)- Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

ROSA, G. F. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município da São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v.26, n.3, p.155-160, 1992.

ROSA, A. G. F.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A.; PINTO, V. G. Saúde bucal na terceira idade. *RGO*, Porto Alegre, v.41, n.2, p. 97-102., nov./abr. 1993.

ROSSETTI, H. *Saúde para a odontologia*. 2.ed. São Paulo: Ed. Santos, 1999. 149p.

SAIS, A. P. *Coisas de velho*: coisas da vida. São Paulo, 1995. 86p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

SALGADO, J. M. Nutrição na terceira idade. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L B. *Odontogeriatria:* noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.61-70.

SALIBA, C. A. et al. Auto-avaliação de saúde na 3ª idade: sobre saúde bucal através de um inquérito. *RGO*, Porto Alegre, v.47, n.3, p. 127-30, 1999.

SALIBA, C.A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent São Paulo*, v. 53, n. 4, p. 279-282, jul./ago. 1999.

SALIBA, N.A. et al. Manual para conservação e higienização de próteses dentárias. UNESP/NEPESCO, 2000. 8f.

SHEIHAM, A. et al. The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. *J. Dent. Res*., Chicago, v.80, n. 2, p. 408-413, 2001.

SHIMAZAKI, Y. et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J. Dent. Res*., Chicago, v.80, n.1, p. 340-345, 2001.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Públic,*Rio de Janeiro,. v.16, n.4, out./dez. 2000.

SILVA, D. D. et al. Condições de Saúde Bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v.56, n.3, p.183-187, mai./jun. 2002.

SIMSON, O. R. M.; GIGLIO, Z. G. A arte de recriar o passado: história oral e velhice bem sucedida. In: NERI, A.L. *Desenvolvimento e envelhecimento*: perspectiva biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001. p.141-160.

SILVA, S. R. C., CASTELLANOS FERNANDES, R. Autopercepção das condições da saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública., v*.35, n.4, p.349-55, 2001.

SILVESTRE, J. A. et al. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde. *Rev. Secretários Saúde.,* v.26, p.12-17,1997.

SLADE, G. D. et al. Oral health status and treatment needs of non-institutionalized persons aged 60 + in Adelaide, South Australia. *Aust. Dent. J.*, Sidney, v.38, n.5, p.373-380, 1993.

SOUZA, E. C. F. *Bocas, câncer e subjetividades:* patografias em análises. 2003 245f.Tese. (Doutorado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual e Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas.

SOVIERO, V., MAEDA, A. Boca reflexo do inconsciente humano. *Rev. Assoc.Bras. Odontol. Nac*., v.9, n.6, p. 336, dez./2001/jan.2002.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R.J. Understandung the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J. Am. Dent. Am.*, Chicago, v. 124, n.1, p. 105-110, 1993.

TOMMASI, A. F. Estomatologia geriátrica. In: ___. *Diagnóstico em patologia bucal.* 2. ed., São Paulo: Pancast, 1989. p.587-96.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In:___. *Introdução à pesquisa em ciências sociais:* a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o maxismo. São Paulo: Atlas, 1987. p.116-169

VERAS, R. P. O anacronismo dos modelos assistenciais na área da saúde: mudar e inovar, desafios para o setor público. In: ___. *Terceira idade:* gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2002a. p.163-189.

VERAS, R. P et al. *Novos paradigmas do modelo assistencial no setor de saúde: conseqüência da explosão populacional dos idosos no Brasil.* In: VERAS, R. P. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2002b. p.11-80.

WERNER, C. et al. Odontologia Geriátrica. *Rev. Facul. Lins*, v.11, p.62-70.

ZANETTI, C. H. G., et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Div. Saúde Debate*, n. 13, p. 18-35, 1996.

ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A. H.; HYMAN, G. A. Distúrbios psicogênicos envolvendo a cavidade oral. In: ___. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982a. p.574-83.

ZEGARELLI, E. V.; KUTSCHER, A. H., HYMAN; G. A. Diversas doenças dos tecidos moles da boca. In: ___. *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982b. p.486-511.

Anexos

Anexo A

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"Júlio de Mesquita Filho"
CÂMPUS DE ARAÇATUBA-FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 161/02
CEP
ACBD/tms.

Araçatuba, 18 de outubro de 2002.

Referência Processo FOA 2002/01712

O Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade analisou o projeto "Bucalidade e envelhecimento: suas múltiplas dimensões" e expediu o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado Relatório até o dia 18.10.2003.

Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilustrissima Senhora
Profa. **Suzely Adas Saliba Moimaz**
Câmpus de Araçatuba
UNESP

ANEXO B

Roteiro da entrevista aplicado aos idosos integrantes da pesquisa

Como percebeu que começou a envelhecer?

Quando começou a envelhecer, percebeu alguma alteração na boca?

Sente prazer em alimentar-se?

Na linguagem, tem alguma dificuldade?

A prótese interfere em suas atividades diárias?

Em relação aos cuidados com a prótese, como é que higieniza a prótese?

O que significa a boca para sua saúde?

Está satisfeita com o tratamento odontológico que recebeu durante toda sua vida?

ANEXO C

Dados Pessoais

Nome:

Data:

Hora:

Idade:

Nascimento:

Naturalidade:

Sexo:

Renda:

Situação de moradia:

Profissão:

Escolaridade:

Família:

Estado civil:

Situação bucal:

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Araçatuba, 14 de Novembro de 2003.

Maria Eneide Leitão de Almeida