

Recebido em: 26/02/2004  
Aceito para publicação: 29/09/2004  
Publicado on-line: 15/08/2005

Revista Ciência em Extensão  
v.2 n.1, 2005  
Artigo Original - ISSN: 1679-4605

## MUDANÇAS FISIOLÓGICAS E PSICOLÓGICAS NA VELHICE RELEVANTES NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.

Eulália Maria Martins da SILVA<sup>\*</sup>;  
Cícero Eleutério da SILVA FILHO<sup>\*\*</sup>;  
Renato Salviato FAJARDO<sup>\*\*\*</sup>;  
Aline Úrsula Rocha FERNANDES<sup>\*\*\*\*</sup>;  
André Vinícius MARCHIORI<sup>\*\*\*\*</sup>

### RESUMO

O envelhecimento faz parte de um processo natural do organismo. Em muitos países, o grupo que cresce mais rapidamente é o de idade mais avançada, refletindo o resultado de novas terapias, estratégias preventivas e programas de controle de natalidade. Nesta etapa da vida, é comum surgirem algumas limitações físicas e, isto pode influenciar no aspecto psicológico alterando a rotina de alguns pacientes e seus familiares. O propósito deste trabalho foi apresentar mudanças ocorridas na terceira idade, através de uma revisão de literatura, correlacionando-as ao tratamento odontológico.

**Palavras-chaves:** Odontogeriatría, Velhice, Mudanças físicas e psicológicas

---

<sup>\*</sup> Professora Adjunta do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), UNESP. Responsável pela disciplina de Odontogeriatría no Curso de Mestrado em Odontologia.

Endereço: Prof. Adjunta Eulália Maria Martins da Silva. Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, SP,  
Rua José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça - CEP 16.015-050 Fone (Fax):  
(0xx18) 620-3245 E-mail: smme1@terra.com.br

<sup>\*\*</sup> Professor Adjunto do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da FOA, UNESP.

<sup>\*\*\*</sup> Professor Doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da FOA, UNESP.

<sup>\*\*\*\*</sup> Aluno do Curso de Mestrado, Área de Prótese Dentária, do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da FOA, UNESP.

## PHYSIOLOGIC AND PSYCHOLOGICAL CHANGES IN OLD AGE CONSIDERABLE IN DENTAL TREATMENT

### ABSTRACT

The aging is part of natural process in organism. In many countries, the group of age more advanced is the group what more quickly increases; it reflects the result of news therapy, programs of natality control and preventives strategy. In that stage from the life frequently appear some physical limitations and it can to perturb the routine of some patients and of theirs relative. The purpose from this paper was to show changes occurred in seniors, through of a literature revision in correlation to the dental treatment.

**Key words:** Geriatric dentistry, Old age, Physical and psychological changes

## CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA VEJEZ RELEVANTES EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

### RESUMEN

El envejecimiento forma parte de un proceso natural del organismo. En muchos países, el grupo que con más rapidez va en aumento es el de los de edad avanzada, reflejo del resultado de nuevas terapias, estrategias preventivas y programas de control de natalidad. En esta etapa de la vida es corriente el surgimiento de ciertas limitaciones físicas, lo que puede influir en el aspecto psicológico de algunos pacientes, alterando su rutina y la de sus familiares. El propósito de este trabajo es presentar, mediante una revisión de literatura, cambios ocurridos en la tercera edad y correlacionarlos con el tratamiento odontológico.

**Palabras clave:** Odontogeriatría, Vejez, Cambios físicos y psicológicos

## 1. INTRODUÇÃO

A população brasileira não é mais considerada jovem, sendo composta atualmente por aproximadamente 11 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade e com uma previsão de ser quase 32 milhões (13,8% da população geral) em 2025, conforme TERRA (2002). O Brasil está caminhando para um envelhecimento demográfico jamais previsto alguns anos atrás.

A possibilidade de uma vida longa para o ser humano está ligada às descobertas e transformações, principalmente no que diz respeito à área da prevenção e cura, engenharia sanitária e urbana, avanços tecnológicos e educacionais. Porém, esse quadro não tem sido acompanhado por aumento da qualidade de vida dos idosos. Envelhecer não deve significar, necessariamente, declínio ou perda das faculdades e funções (TERRA, 2002). Ser idoso não significa ser decadente, já que muitas das doenças que comumente acompanham a velhice podem ser prevenidas ou pelo menos retardadas de modo que o ser humano permaneça saudável o bastante para desfrutar suas experiências. Velhice não é sinônimo de doença e, sim de maturidade.

Seria utópico pensar que todas as pessoas da terceira idade não precisariam se preocupar com sua condição de idoso; uma vez que, no sentido biológico da palavra, isso signifique apenas que a pessoa tenha 65 anos ou mais. Com o envelhecimento, toda pessoa passa para uma condição na qual a reserva do organismo está diminuída e há um nível de funcionamento lento, razão pela qual não se pode submetê-la a demandas excessivas. Por isso, inúmeras são as doenças e as limitações que podem surgir na velhice, tanto sob o aspecto fisiológico quanto psicológico.

No Brasil, existem centros de atendimento à população idosa, referência não somente para aqueles que necessitam de assistência, como para a interação entre Universidade e comunidade. Desde setembro de 2001, o Centro de Referência do Idoso (CRI) tem funcionado em São Miguel Paulista/SP, e oferece um serviço de atenção específica para os idosos, garantindo melhor qualidade de vida aos anos que lhes restam. Neste centro, há uma enorme consciência da condição de idoso do ser humano e preocupação com as mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem com o correr dos anos. Constitui um trabalho preventivo que visa não só o aspecto da saúde, seja ela bucal ou do corpo como um todo, mas também o inter-relacionamento entre idosos, o que garante que esta população conquiste uma melhor qualidade de vida.

## 2. OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi realizar um apanhado geral das principais mudanças que ocorrem na terceira idade, através de revisão de literatura, relevantes no tratamento odontológico.

### 3. LIMITAÇÕES FISIOLÓGICAS

A infância, a adolescência, a fase adulta e a velhice são etapas que compõem o ciclo de vida do ser humano, e todas elas têm limites e possibilidades. Cada etapa desta contribui no crescimento de cada um e a terceira idade precisa ser encarada com essa naturalidade.

É importante lembrar que o sistema estomatognático, relacionado diretamente a funções vitais como mastigação, fonação, deglutição e respiração, também percorre o caminho do envelhecimento. Uma oclusão mais funcional pode levar a uma expectativa de vida mais longa (SHIMAZAKI et al., 2001).

Segundo BRUNETTI et al. (2002), a perda de elementos dentários tem conseqüências em todos os órgãos do corpo, bem como no convívio social, que se torna dificultado. A aparência física é, infelizmente, um fator de exclusão social.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações importantes na região bucomaxilofacial. BORAKS (2002) afirma que, com a avulsão de elementos dentários e/ou devido à abrasão dos dentes remanescentes, ocorre diminuição da dimensão vertical, provocando queilite angular. A pele torna-se menos espessa e seca, perdendo tônus muscular. As glândulas salivares reduzem em tamanho e função, podendo promover o surgimento de xerostomia. Outro aspecto importante, ainda segundo BORAKS (2002), é o idoso queixar-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. São também exacerbadas por infecções devido a microrganismos oportunistas. Pode-se observar aumento da gengiva inserida e diminuição do seu pontilhado característico e histologicamente, hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva (BARBOSA; BARBOSA, 2002). Os mesmos autores afirmam que a língua é outro órgão que, com o envelhecimento, apresenta alterações, tais como aspecto liso, plana e com atrofia de papilas; devido a condições resultantes da deficiência de ferro ou de combinações de deficiências causadas por fatores nutricionais

O esmalte dentário sofre mudanças estruturais, o cimento torna-se mais espesso, o espaço pericementário e o ligamento diminuem ou desaparecem, fazendo com que o dente fique mais rígido no alvéolo, e mais propenso a fraturas. A capacidade pulpar de resposta à injúria diminui devido ao menor número de células e vasos, permitindo que os preparos cavitários e próteses que não comprometeriam a polpa dos mais jovens possam levar a dano irreversível nos mais idosos (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2000)

À medida que as alterações metabólicas tornam-se mais intensas, a neoformação óssea torna-se menos ativa, os rebordos alveolares diminuem em altura e espessura, expondo as raízes dentárias (BORAKS, 2002), proporcionando o aumento de lesões de cárie.

A osteoporose é a doença mais comum do metabolismo ósseo; e caracteriza-se por não ter sintomas, ser lenta, progressiva e particularmente comum nos idosos e nos indivíduos com imobilização prolongada. A melhor forma de evitá-la é o diagnóstico precoce do enfraquecimento ósseo e a realização de exercícios físicos. O próprio envelhecimento é um fator de risco para seu desenvolvimento (TERRA, 2002). No CRI - SP, a prevenção contra essa doença é centrada na mudança de hábitos da população idoso, através de palestras e aconselhamentos para deixar de fumar; reduzir o consumo de bebidas alcóolicas; praticar exercícios físicos regularmente com orientação médica, o que é praticado dentro deste centro; e manter uma dieta rica em cálcio, que contenha principalmente leite e seus derivados e, também, ovos, peixes e frutos do mar e vegetais de folhas verdes e escuras.

As fraturas e as suas complicações são as principais manifestações clínicas da osteoporose, pois na maioria dos casos é uma doença silenciosa. Pode ocorrer em qualquer osso, mas é muito mais comum no colo do fêmur, vértebras e punhos. Cinco a 20% das vítimas com fratura de colo de fêmur falecem no mesmo ano em que ocorre o evento, e cerca de 50% dos sobreviventes ficam incapacitados ou dependentes de modo permanente. Como os métodos de reabsorção óssea são comuns à periodontite e à osteoporose, têm sido constantes as tentativas de demonstrar associação entre essas duas doenças (LA ROCCA; JAHNIGEN, 1997). Não é incomum ocorrerem artrites e alterações degenerativas associadas.

A artrite reumatóide e a desordem temporomandibular apresentam-se como patologias de evolução crônica que interferem com a qualidade de vida do idoso. Mostram-se, muitas vezes, debilitante e, em alguns casos, incapacitante. Essas doenças moldam a vida das pessoas, fazendo com que elas procurem uma adaptação no seu cotidiano às regras impostas por essas patologias. Elas interferem ativamente nas relações sociais, e, de forma profunda, no íntimo da pessoa, restringindo atividades básicas, como falar, mastigar e andar. Ambas provocam alterações estruturais nas articulações, mas todas essas alterações biológicas interferem na relação com a sociedade e na relação própria do indivíduo com seu corpo e com o ambiente que o cerca (TERRA, 2002).

Quando as articulações são sobrecarregadas, distúrbios que afetam as articulações temporomandibulares podem surgir e o indivíduo tem sua qualidade de vida alterada, não se deparando somente às limitações impostas pelo envelhecimento, mas passa a ser portador de dores orofaciais e dificuldades de alimentação, fonação e deglutição, incorporados inúmeras vezes ao estresse, afetando toda a sua estrutura social (STECHEMAN NETO et al., 2002). A indicação de placas miorrelaxantes, dentro do tratamento odontológico, constitui uma maneira adequada de prevenção ou proteção contra estes distúrbios da articulação temporomandibular.

O indivíduo total ou parcialmente edentado encontra grande dificuldade no trabalho do bolo alimentar, o que, associado à redução das secreções e enzimas digestivas, resultaria em digestão deficiente. CARMELLI; REZNICK (1994) referem que a tonicidade muscular da língua é outro fator para que haja uma readaptação das pessoas idosas, com o intuito de orientar o

bolo alimentar ao esôfago. A função imune também sofre uma perda, variável entre as pessoas da terceira idade, comprometendo a resistência às infecções.

A úlcera péptica gastroduodenal (UPG) e a dispepsia funcional (DF) são duas das alterações fisiológicas que podem acometer o sistema digestório, principalmente com o envelhecimento. A UPG é uma doença de evolução crônica resultante do desequilíbrio entre a barreira mucosa. A morbidade devido às múltiplas doenças associadas e o uso abusivo de drogas, como os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES), sem dúvida é o grande responsável pelo número crescente de casos e complicações graves associadas, acarretando aumento na mortalidade nos idosos (TERRA, 2002). A DF no idoso pode se desenvolver por hábitos alimentares inadequados, intolerância alimentar, distúrbios psiquiátricos como ansiedade, depressão e efeitos colaterais de medicamentos com os AINES, a teofilina, o potássio, e alguns antibióticos. Nesta doença, uma abordagem terapêutica baseada numa boa relação médico-paciente, através de aconselhamentos, orientações dietéticas, mudanças de hábitos e, quando necessário, uso de medicações, é a mais indicada (TERRA, 2002).

Pacientes com alta prevalência de problemas odontológicos, como candidíase, xerostomia inexplicável, lesões múltiplas de cárie e doença periodontal que não cede a terapias convencionais, podem indicar uma séria doença sistêmica: diabetes. ERICKSON (1997) cita o diabetes como fator de risco para a doença periodontal, já que um controle metabólico alterado pode facilitar acúmulo de cálculo.

O diabetes é uma doença crônica caracterizada por uma taxa elevada de glicose no sangue e, embora possa ocorrer em qualquer idade, há um aumento drástico da incidência na população de pessoas idosas (17%). O aumento do número de diabéticos deve-se principalmente à obesidade, diminuição da atividade física e aumento da sobrevida da população. Além da sede excessiva (polidipsia), do excesso de urina (poliúria), da fome (polifagia), do cansaço, fraqueza e perda de peso, outros sinais podem aparecer, como infecções freqüentes, dificuldade de cicatrização de lesões (feridas), formigamento, dormência ou dor em mãos e pés e alterações na visão. Quando mal tratada, pode levar à cegueira, insuficiência renal, infecções, amputações e invalidez (TERRA, 2002).

O acidente vascular cerebral (AVC), também conhecido como derrame, é fruto do estilo de vida atual das pessoas: com consumo de cigarros (tabagismo), com grande ingestão de sal e álcool, com pouca atividade física (sedentarismo), com estresse constante e hipertensão arterial (presente em 70% dos casos). A diminuição ou perda da coordenação motora dificulta ou impede a alimentação e higiene bucal. O AVC é uma importante causa de morte e invalidez. A atenção e o carinho dos familiares e amigos é muito importante para os doentes que apresentam esquecimento, tristeza, angústia, medo e depressão pós-episódio de AVC. A reabilitação do doente deve ser iniciada, o mais breve possível, por profissionais especializados (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogos, entre outros) uma vez que são seqüelas de difícil recuperação (FAJARDO et al., 2003). As implicações

psicológicas envolvidas na recuperação mental e física são decisivas para que as limitações não sejam permanentes na vida do indivíduo.

As doenças cardiovasculares são líderes em causa mortis em todo o mundo. O exame clínico bem conduzido permite ao cirurgião-dentista antecipar e prevenir eventos adversos. A doença arterial coronariana é resultado do estreitamento da luz das artérias coronarianas e constitui a principal causa de morte na população em geral. Acima dos 60 anos, aproximadamente 40% de todos os óbitos têm como causa a doença coronariana. A hipertensão, o tabagismo, a dislipidemia (colesterol) e o diabetes são os principais fatores de risco, atuando de forma sinérgica (FAJARDO et al., 2003). A aterosclerose e a hipertensão arterial sistêmica também constituem importantes doenças, que, se não levam à óbito, deixam seqüelas que mudam drasticamente a vida do indivíduo e de sua família (TERRA, 2002).

A endocardite infecciosa bacteriana é uma das doenças cardíacas de maior relevância no tratamento odontológico, em que há risco de vida para o paciente, sendo necessária a prescrição de antimicrobianos para prevenir bacteremias antes de procedimentos odontológicos que promovam sangramento da mucosa bucal (LIRA; SILVA, 2001; RAPOSO et al., 1998). Essa situação torna-se mais grave quando pensamos no paciente idoso, que muitas vezes é portador de doenças crônicas que aumentam o risco de desenvolvimento da endocardite infecciosa.

Entre as mulheres, é importante destacar a menopausa, que não é uma doença, mas assim deve ser encarada para que haja sucesso no seu tratamento. É uma fase inevitável na vida das mulheres que chegam à terceira idade, caracterizada pela paralisação definitiva das menstruações e, conseqüentemente, é marcada por uma série de transformações, tanto de natureza orgânica como funcionais. Fora os sintomas desagradáveis, tais como os calores intermitentes e em ondas, uma certa irritabilidade, um aumento da sensibilidade emocional, as alterações de sono, secura das mucosas, entre outras; há as menos perceptíveis como um aumento da incidência do infarto do miocárdio e um aumento da perda de massa óssea que pode evoluir para a osteoporose. Uma depressão leve a moderada também é comum aparecer nas mulheres nessa situação. É importante uma dieta pobre em gorduras, mas rica em verduras; prática de exercícios físicos, evitando aumento excessivo do peso corporal, o que poderia aumentar o risco de doenças cardiovasculares (TERRA, 2002).

A gripe, infecção causada pelo vírus influenza, oferece uma alta morbidade e mortalidade aos idosos, especialmente em pacientes com doenças crônicas, como doenças pulmonares, cardíacas e diabetes. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma das doenças que mais acomete o sistema respiratório e, neste caso, o primeiro aspecto primordial é o combate ao tabagismo (TERRA, 2002).

A obesidade, no nível de conceito, é uma doença caracterizada pelo aumento do peso corporal; e também o aumento excessivo de massa adiposa corporal. Está associada a uma maior pré-disposição para as doenças como

hipertensão, diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, dislipidemias, apnéia do sono.

Um dos maiores problemas ao atender os pacientes idosos e não tão comum nos pacientes de meia idade, é a implicação ativa dos fármacos ingeridos com o quadro bucal observado, como diminuição do fluxo salivar, sangramento gengival espontâneo e lesões bucais diversas (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2000; BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). PAUNOVICH et al. (1997) citam ainda a cicatrização de tecidos moles alterada, hiperplasias gengivais, eritemas multiformes, reações liquenóides, estomatites, inchaço/dor nas glândulas salivares como algumas causas de uso de medicamentos. A interação entre fármacos e seus efeitos colaterais podem ser a razão para alterações bucais que a primeira vista podem parecer inexplicáveis.

Em nível menor de limitação, quando comparado aos aspectos mencionados anteriormente, os distúrbios auditivos e visuais mostram-se como interferência social, dificultando a comunicação, inclusive com os profissionais de saúde, modificando o dia-a-dia do idoso e limitando seu convívio social (BERG; MORGENSTERN, 1997). Alguns idosos passam a ter dificuldades em sua vida pessoal devido aos problemas de interação social causados pelo problema auditivo, sendo que a convivência com outros é de fundamental importância para o envelhecimento saudável.

#### **4. MUDANÇAS PSICOLÓGICAS**

A idade avançada é acompanhada por perdas, acentuando-se os problemas de saúde, de depressão, e, muitas vezes, de rejeição, apesar de ser a fase da sabedoria e da maturidade. As alterações psicológicas surgem através de diversos fatores que podem conduzir ao engrandecimento ou ao esgotamento do idoso. Com o envelhecimento, as habilidades verbais, a memória e a atenção se deterioram com mais facilidade, enquanto que as habilidades numéricas, a capacidade imaginativa e de julgamento permanecem quase que intactas (FAJARDO et al., 2003). Em virtude destas associações, não só os profissionais da saúde, bem como todos aqueles que lidam com o idoso de uma forma geral, devem ter a preocupação de tratá-lo com maior atenção, paciência e perseverança, a ponto de minorar as limitações que cada um apresenta.

Por outro lado, a deterioração gradual dos processos sensoriais leva o idoso a se isolar e causa considerável impacto sobre seu psiquismo, alterando sua auto-imagem; já que a muitos de seus amigos já morreram ou se encontram também bastante limitados pelo próprio processo do envelhecimento ou por enfermidades crônicas, algumas das quais foram citadas. Essa solidão quase sempre leva as pessoas idosas à depressão, segundo FAJARDO et al. (2003). A prevalência de depressão e transtornos depressivos nos idosos, de um modo geral, oscila desde 10 até 23-40% (BLAZER et al., 1987; KANE, KANE, 1993). Já em idosos institucionalizados, a taxa de prevalência de depressão vai de 25 a 80% (BALLONE, 2004). É bom saber também que a depressão é 3 vezes mais prevalente em idosos com alguma deterioração funcional que naqueles sem essa condição.

Segundo o geriatra GUIMARÃES (2004), membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), as formas graves de depressão diminuem com o envelhecimento, mas as depressões mais leves aumentam muito na população idosa. Relata ainda que cerca de 30% das pessoas idosas que procuram um médico apresentam formas brandas de depressão, mas que podem prejudicar a qualidade de vida destes pacientes. Dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) referem que aproximadamente 10 milhões de brasileiros sofrem de depressão; embora a doença possa afetar as pessoas em qualquer fase da vida, alguns estudos indicam que os sintomas são altamente prevalentes nas fases tardias da vida, no Brasil e no mundo.

Quando a depressão atinge um estágio mais profundo, em que o idoso começa a analisar o passado como sendo horrível, o presente como deprimente, somado ao medo do que pode vir a acontecer, surgem em muitos casos os impulsos suicidas (MCKENZIE, 2001). Realmente, o idoso é acompanhado por inúmeros fatores que aumentam o risco ao suicídio, tais como a tendência de se sentir à parte da sociedade, um estorvo para a família, muitas vezes dependente desta por estar acometido por doenças físicas graves, além dos casos em que sofre maus tratos e negligência. Nesse momento, o suicídio pode parecer tornar-se a solução para os problemas.

O papel da família se intensifica ou cria um valor inestimável. Caso a relação seja pautada no afeto e respeito mútuo, podemos vislumbrar uma melhor aceitação da pessoa idosa de seus limites e novas possibilidades, estabelecendo assim uma convivência prazerosa. Porém, se esta relação for conflituosa, isto tende a se agravar; nestes casos é comum surgir o sentimento de solidão, desamparo, e uma tendência à depressão profunda. (FAJARDO et al., 2003)

Ao longo dos tempos, a terceira idade despertou e ainda desperta para muitos, sentimentos negativos, como piedade, medo e constrangimento. Por isso, o desejo de controlar o envelhecimento é um anseio legítimo de muitas pessoas em fase de envelhecimento, e sem dúvida faz parte da sua busca pela felicidade. A decadência do corpo pode trazer a infelicidade, uma vez que a consciência de sua condição pode gerar a depressão. Talvez seja por isso que a rejeição à terceira idade é um mecanismo de defesa natural do homem. Porém, a aceitação da terceira idade como uma realidade e a compreensão de que se pode ser plenamente feliz em qualquer idade é o caminho mais correto para se evitar a infelicidade. No CRI, como em outros centros de referência, é grande a preocupação em manter o idoso em atividade, em sociedade, promovendo o desenvolvimento intelectual com atividades como computação, crochê e pintura; e o desenvolvimento físico com atividades aeróbias, ginástica e ioga.

A solidão e a depressão são comuns quando se fala em terceira idade. A solidão está relacionada ao fato de que, na maioria das vezes, os idosos não podem subsistir por si próprios (regressam a uma etapa quase infantil de dependência) e, infelizmente, muitas vezes tem a realidade de não contarem com alguém que lhes ofereça o carinho que necessitam. Dependendo do grau desta situação, o indivíduo idoso pode entrar numa depressão muito severa e caminhar para morte. A solidão acompanhada da

inatividade e das perdas de entes queridos está entre as principais causas de depressão na terceira idade, que hoje é a principal doença mental.

Dentre as doenças mentais, a doença de Alzheimer é um dos tipos de patologia mais comum, sendo caracterizada pela acentuada perda de memória, acompanhada de graves manifestações psicológicas, como, por exemplo, a alienação.

A auto-estima, segundo MONTENEGRO et al. (1998), é hoje considerada razão primordial para uma vida útil e feliz nos últimos anos de existência. MANETTA et al. (1998) enfatizam a importância da manutenção do sorriso para um melhor relacionamento com o meio em que o indivíduo vive, tornando-o mais feliz, o que melhora sua saúde geral.

## 5. VIOLÊNCIA E NEGLIGÊNCIA

Outro motivo de preocupação para com o idoso é a violência que ele sofre em casa e nas ruas, seja física, psicológica, negligência ou financeira. Segundo FAJARDO et al. (2003), os idosos e as crianças estão entre as principais vítimas de violência doméstica e raras vezes conseguem se livrar do agressor e recomeçar uma vida saudável. No Brasil, somente os casos extremos de maus-tratos dirigidos aos idosos chegam ao conhecimento geral pelos meios de comunicação, ficando a grande maioria oculta no seio familiar ou das instituições de abrigo (FERNANDES; FRAGOSO, 2002).

O idoso vítima de violência pode assumir uma conduta de proteção ao agressor devido ao sentimento de obrigação em proteger um familiar contra punições legais ou ainda por temer o aumento das agressões. Para SMELTZER; BARE (2002), com a saúde deficiente dos pais idosos, a qualidade da relação pai/filho pode ficar desgastada, tornando-se tensa e, conseqüentemente, culminar em maus tratos contra o idoso.

Segundo SENGSTOCK; O'BRIEN (2001), a negligência ocorre quando há falhas no atendimento das necessidades básicas de um idoso dependente, tais como: alimentação, higiene, vestimentas, remédios, ambiente seguro e outras. Para CANTERA; DOMINGO (1998), a negligência pode ser passiva, quando é conseqüência de um desconhecimento ou incapacidade por parte do cuidador, e ativa, quando é realizada intencionalmente. A negligência também pode ser auto-infligida, por exemplo, nos casos em que o idoso recusa a alimentação, a medicação, ou faz uso excessivo de tranqüilizantes e outros.

## 6. SEXUALIDADE

A sexualidade nesta fase da vida continua presente. Apesar de não existir de maneira uniforme durante toda a vida em termos de quantidade e de qualidade, ela poderá sempre ser prazerosa (FAJARDO et al., 2003; TERRA, 2002). A mudança no comportamento sexual é determinada por fatores biológicos, psicológicos e afetivos. Se os cônjuges mantêm uma

compatibilidade e interesses mútuos ao longo de suas vidas, as relações sexuais se manterão presentes (FAJARDO et al., 2003).

O idoso brasileiro permanece sofrendo muitas repressões culturais, sendo impelido a seguir regras de comportamento consideradas como compatíveis à sua faixa etária. A sociedade ainda considera a sexualidade do idoso algo inadequado ou, na melhor das hipóteses, estranho. Este aspecto ainda é mais forte quando se trata da sexualidade feminina. A nossa cultura rotula o homem idoso como impotente e a mulher como desprovida de atrativos físicos (TERRA, 2002).

Em tempos de doenças como a AIDS e tantas outras sexualmente transmissíveis, a sexualidade do idoso é ignorada. Métodos preventivos são divulgados como que destinados aos jovens, vigorosos e sexualmente ativos. Não se deve entender a terceira idade como fim da atividade sexual. Não é fácil para os idosos, especialmente para aqueles que tiveram uma educação rígida, conversar sobre sua sexualidade. Os profissionais de saúde são os mais indicados para orientá-los.

O importante é que cada um descubra a maneira que sente mais feliz. A felicidade não está no que os outros acham, fazem ou pensam, e sim, na vontade de cada pessoa (TERRA, 2002).

## 7. CONCLUSÕES

O paciente geriátrico é um ser complexo, que vivenciou várias experiências e passou por diversas mudanças ao longo de sua vida, sendo-lhe impostas limitações, apesar da maturidade e sabedoria acumuladas. Essa complexidade deve ser atendida por uma equipe interdisciplinar de profissionais, com um único propósito: melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos. Na terceira idade, a razão para muitos distúrbios físicos pode ser encontrada na esfera psicológica. Portanto, aspectos fisiológicos devem ser observados e considerados em conjunto com o psicológico do paciente, buscando atendê-lo como um ser humano completo, mesmo durante os procedimentos realizados somente na cavidade bucal, como no atendimento odontológico. Várias são as alterações sistêmicas que se refletem em manifestações bucais.

O Centro de Referência do Idoso é um exemplo de tratamento da pessoa idosa de forma digna que visa não só o aspecto da saúde, mas também a sociabilidade entre os idosos, o que assegura a essa população o envelhecimento saudável e uma melhor qualidade de vida.

## 8. BIBLIOGRAFIA

BALLONE, G.J. Depressão no Idoso. In. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em 20 março 2004.

BARBOSA, A.F.; BARBOSA, A.B. Odontologia geriátrica – perspectivas atuais. **JBC j. bras. clin. odontol. int.**, Curitiba, v. 6, n. 33, p. 231-234, maio/jun., 2002.

BERG, R.; MORGENSTERN, N.E. Physiologic changes in the elderly. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 651-668, Oct. 1997.

BLAZER, HUGHES, GEORGE. *The epidemiology of depression in an elderly community population*. *Gerontologist*, 27. 281-287, 1987.

BORAKS, S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. Cap. 6. p. 87-97.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatría: prepare-se para o novo milênio. In: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000. V. 1, cap. 15, p.471-487.

BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

CANTERA, I. R.; DOMINGO, P. L. **Geriatría**. Trad. Maria Tereza Ramalhal Teixeira. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998.

CARMELI, E.; REZNICK, A.Z. The physiology and biochemistry of skeletal muscles atrophy as a function of age. **Proc. Soc. Exp. Biol. Med.**, New York, v. 206, n. 2, p. 103-113, Jun. 1994.

ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 727-750, Oct. 1997.

FAJARDO, R. S.; WAYHS, R.; RODRIGUES, A.P.; OLIVEIRA, S.; SILVA, E.M.M.; ZAVANELLI, A.C. **Apostila Sábio e Saudável**: uma nova visão da 3ª idade. Araçatuba: FAPESP, 2003. 91p.

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. S. M. Violência doméstica contra o idoso: caminhos para identificar evidências sutis. **A terceira idade**, São Paulo, v.13, n.25, p.27-35, ago. 2002.

GUIMARÃES, R.M. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=153](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=153)>. Acesso em 19 março de 2004.

KANE A.R., KANE R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. 1993. In: BALLONE, G.J. Depressão no Idoso. In: **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Internet. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/geriat/depidoso.html>>. Acesso em 20 março 2004.

La ROCCA, C.D.; JAHNIGEN, D.W. Medical history and risk assessment. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n.4, p. 669-679, Oct. 1997.

LIRA, R.B.; SILVA, S.C. Avaliação clínica da doença periodontal em pacientes com endocardite infecciosa. **Rev. Periodontia – SOBRAPE**, v. 11, p. 31-35, 2001.

MANETTA, C.E.; BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Uma promissora atividade no novo século: odontogeriatria. **JBC j. bras. odontol. clin.**, Curitiba, v. 2, n. 10, p. 85-87, jul./ago. 1998.

MCKENZIE, K. **Depressão**. Cajamar: Três, 2001. 96 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id\\_area=153](http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=153)>. Acesso em 19 março de 2004.

MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E.; BRUNETTI, B.R. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriátrico. **Atual. Geriatr.**, v. 3, n. 17, p. 6-10, jun. 1998.

PAUNOVICH, E.D.; SADOWSKY, J.M.; CARTER, P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 699-726, Oct. 1997.

RAPOSO, M.J.; MELO JÚNIOR, E.J.M.; RIBEIRO, R.T.J.; CARVALHO FILHO, S.; FERREIRA, M.F. Endocardite infecciosa provocada por manipulação odontológica. **JBC j. bras. odontol. clin.**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 77-80, maio/jun. 1998.

SENGSTOCK, M.; O'BRIEN, J. G. O tratamento inadequado aplicado aos idosos. In: GALLO, J. J. et al. **Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001, p. 488-493.

SHIMAZAKI, Y.; SOH, I.; SAITO, T.; YAMASHITA, Y.; KOGA, T.; MIYAZAKI, H.; TAKEHARA, T. 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, Jan. 2001.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2002. p. 141-163.

STECHEMAN NETO, J.; FLORIANI, A.; CARRILHO, E.; MILANI, P.A.P. Articulação temporomandibular em pacientes geriátricos. **JBA j. bras. Oclusão, ATM e dor orofacial**, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 345-350, out./dez. 2002.

TERRA, N. L. **Envelhecendo com qualidade de vida: Programa Geron da PUCRS**. 2. reimp. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. 203p.