

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

A IMPORTÂNCIA DOS DENTES E PRÓTESES PARA IDOSOS DE TRÊS DIFERENTES
GRUPOS

OU

“O dia em que você ficar sem dentes você vai se lembrar de mim.”

EDUARDO DICKIE DE CASTILHOS

DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

Prof.^a. Dr.^a. DALVA MARIA PEREIRA PADILHA
ORIENTADORA

Porto Alegre, junho de 2001

*À Cirurgiã-dentista e minha avó Yvone
Barrisco Dickie, que sem perceber me estimulou
a trilhar este caminho.*

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Fabiola, pela tolerância, apoio, carinho e por todas as outras necessidades atendidas e pelo afeto que ela me ofereceu no decorrer deste trabalho.

Aos meus pais, Carlos Alberto e Liana, por toda a dedicação que dispensaram a mim.

Aos meus irmãos, cunhados e parentes que de diferentes formas contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos pais de minha esposa, Orlando Enrique e Luz Patrícia, pelo apoio prestado a mim e a Fabi, em diversos momentos.

Ao Dr. Marcos Martins Neto, pela oportunidade, pelos ensinamentos e pela paciência durante a etapa de coleta de dados.

Aos Professores da área de concentração em Saúde Bucal Coletiva, pela dedicação e ensinamentos.

Aos colegas de curso, que enriqueceram as aulas com suas experiências profissionais e pessoais: Ananyr, Elisabete, Régis, Eliane, Elisiane e Roberto.

À colega Ana Lucia, que apesar de dividir comigo as atenções da nossa orientadora, também dividiu responsabilidades ao longo do curso.

Aos idosos que participaram desta pesquisa, pelo material fabuloso que proporcionaram tanto para este estudo quanto para a Odontologia.

Aos idosos do asilo Padre Cacique, que, às quintas-feiras, me incentivam a estudar cada vez mais e que com suas demonstrações de afeto tornam minha vida mais e mais agradável.

Ao programa CAPES, pela bolsa que me foi concedida, favorecendo o término desta etapa com maior tranquilidade e segurança.

A Honório e Guilherme, pela compreensão nas intermináveis chamadas telefônicas e visitas em busca de minha orientadora.

À minha Orientadora, Dra. Dalva Maria Pereira Padilha, por proporcionar uma guinada em minha profissão, apostando em um “desconhecido” para dar continuidade à sua linha de pesquisa, iniciada no doutorado.

RESUMO

A importância dos dentes é citada na literatura, porém a relevância deste tema para os idosos tem sido abordada quase que exclusivamente através de pesquisas quantitativas. O presente estudo, utilizando-se de métodos quantitativos e qualitativos, teve por objetivo identificar a importância de dentes e próteses para três grupos distintos de idosos, através de uma entrevista aberta associada a exames clínicos. Foram avaliados um grupo de idosos independentes, um grupo de idosos asilados em uma instituição filantrópica e um grupo institucionalizado em uma instituição particular. Em relação às características clínicas, o percentual de edentulismo é elevado nos grupos asilados, e a cárie permanece como um problema significativo na condição bucal dos idosos dos três grupos. O uso de próteses apresenta diferenças marcantes entre os grupos em relação ao tipo e quantidade. A importância dos dentes para os idosos sofre variações de indivíduo para indivíduo. Essas diferenças necessitam ser esclarecidas, verificando-se as situações e as condições de saúde que geram estes comportamentos e todas as variações intermediárias. A alimentação, mastigação, digestão, seleção de alimentos, prazer de comer, aparência, aspectos psicológicos, aspectos psicossociais, comunicação, sorrir, sexualidade, higiene oral, saúde geral e qualidade de vida são influenciados, segundo os idosos, pela presença e/ou ausência de dentes ou próteses, caracterizando a importância destes em seu cotidiano.

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Códigos utilizados para classificação dos dentes presentes e perdidos e descrição do estado dentário.	70
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1-Média de idade de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	73
TABELA 2-Distribuição por gênero de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	74
TABELA 3-Média dos índices CPOD de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	75
TABELA 4-Número de dentes hígidos e restaurados com cáries e/ou cariados de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	75
TABELA 5-Número de dentes remanescentes e perdidos de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	76
TABELA 6-Número de próteses fixas e removíveis de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	77
TABELA 7-Número de próteses totais e próteses parciais removíveis por arcada, de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	78
TABELA 8-Número de idosos edêntulos, de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	78
TABELA 9-Média de alterações de mucosa, de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.....	79

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	01
AGRADECIMENTOS	02
RESUMO	04
ÍNDICE DE TABELAS	05
ÍNDICE DE QUADROS	06
1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 A questão da idade	12
2.2 Envelhecimento populacional.....	13
2.3 Pesquisa qualitativa	18
2.4 Saúde bucal dos idosos.....	21
2.4.1 Idosos independentes.....	23
2.4.2 Idosos institucionalizados	28
2.5 Importância dos dentes.....	30
2.6 Alimentação e nutrição	34
2.7 Seleção de alimentos.....	39
2.8 Prazer de comer.....	42
2.9 Aparência	44
2.10 Fatores psicológicos e psicossociais.....	46
2.11 Comunicação.....	51
2.12 Sorrir e rir	52
2.13 Sexualidade	53
2.14 Cuidados e higiene bucal.....	54
2.15 Estigma do envelhecimento.....	56
2.16 Saúde geral.....	58
2.17 Qualidade de vida	59
2.18 Auto percepção	61
3. PROPOSTA	67

4. PACIENTES E MÉTODOS	68
4.1 Os grupos.....	68
4.2.O consentimento informado	69
4.3.Os exames clínicos.....	69
4.4.A entrevista	71
4.5.A análise de conteúdo.....	72
4.6.A análise estatística.....	72
5. RESULTADOS	73
6. DISCUSSÃO	80
6.1 A questão da idade	80
6.2 Envelhecimento populacional.....	81
6.3 Pesquisa qualitativa	83
6.4 Saúde bucal dos idosos independentes e institucionalizados.....	84
6.5 Importância dos dentes	88
6.6 Alimentação e nutrição	94
6.7 Seleção de alimentos.....	99
6.8 Prazer de comer.....	102
6.9 Aparência	104
6.10 Fatores psicológicos e psicossociais	110
6.11 Comunicação.....	115
6.12 Sorrir e rir	116
6.13 Sexualidade	119
6.14 Cuidados e higiene bucal.....	121
6.15 Estigma do envelhecimento.....	125
6.16 Saúde geral.....	127
6.17 Qualidade de vida	129
6.18 Auto percepção	131
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONSTATAÇÕES	135

8. SUMMARY	139
-------------------------	------------

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
--	------------

10. ANEXOS

Anexo I - Termo de aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Anexo II - Termo de Consentimento Informado.

Anexo III - Ficha Clínica

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que está causando grande impacto nas nações. Na Europa e América do Norte, este fenômeno iniciou-se há quase cem anos atrás, enquanto que em outras regiões, incluindo o Brasil, começou a partir da década de sessenta (HEREDIA, 1999).

Como resultado da relevância do envelhecimento populacional, os idosos passaram a ser objeto de estudo em diferentes áreas, entre elas a Odontologia. Segundo STEELE (1996), esse grupo necessitará de um tratamento restaurador continuado, devido a manutenção de mais dentes hígidos e restaurados que no passado. A manutenção destes dentes faz, ainda, das cáries de raiz um problema crescente para os idosos. Além disso, algumas alterações de tecidos moles foram identificadas como sendo típicas de indivíduos velhos e as lesões malignas na boca têm uma alta prevalência nesta população.

Diversos trabalhos vem sendo realizados a fim de descobrir as preocupações de pacientes idosos sobre sua saúde oral. Estes trabalhos procuram identificar o impacto da odontologia na qualidade de vida da terceira idade e o papel dos dentistas para a população em envelhecimento.

Embora pareça haver poucas dúvidas de que problemas relacionados à saúde bucal possam causar desconforto na velhice, a distribuição e o impacto destes problemas em indivíduos idosos é diferenciado pela discrepância sócio-cultural das populações investigadas. Estudos do impacto de disfunções orais na terceira idade têm sido realizados praticamente através de abordagens quantitativas, por entrevistas estruturadas com idosos, compostas por uma limitada exploração das variáveis sociais e culturais, havendo uma possível distorção dos resultados. Existem grandes evidências oriundas das ciências sociais de que este tipo de abordagem expõe muito pouco dos sentimentos pessoais dos sujeitos (MACENTEE, 1996).

Métodos qualitativos visam a descobrir mais do que verificar hipóteses. Empenham-se em descobrir e interpretar variáveis complexas que são desconhecidas ou difíceis de isolar de padrões naturais. Conseqüentemente, abordagens qualitativas são particularmente apropriadas para o desenvolvimento de teorias no meio das complexas interações sociais (MACENTEE, 1996).

O presente estudo, utilizando-se de métodos quantitativos e qualitativos para a coleta de dados, visa a identificar a importância de dentes e/ou próteses para os idosos de três grupos, através de uma entrevista aberta, relacionando às respostas os dados provenientes de exames clínicos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A QUESTÃO DA IDADE:

Quando é proposto um estudo sobre pessoas idosas, a primeira questão que surge certamente é sobre quando uma pessoa se torna idosa ou ingressa na terceira idade. Grande parte dos estudos sobre as questões do envelhecimento adota a idade cronológica como referência e baseia-se nas definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) para delimitar suas amostras. De acordo com BONITA (1996), as mulheres de países em desenvolvimento e desenvolvidos passam a ser idosas quando atingem 55 e 60 anos de idade respectivamente, enquanto para os homens o ponto de corte é de 60 anos em países em desenvolvimento e 65 nos desenvolvidos.

Para DUARTE (1999), a questão idade não deve ser considerada apenas do ponto de vista referencial, ou seja, somente idade cronológica, mas sim como um processo dinâmico, destacando as idades social, biológica e psicológica. Qualquer consideração que não se assente simultaneamente sobre estes pilares corre o risco de deformação e de dar lugar a crenças condenadas a uma rápida substituição. A idade cronológica mede quanto tempo se passou a partir de um ponto. Para os gerontologistas, a idade cronológica tem apenas sentido legal e/ou social, uma vez que as idades biológica e cronológica não estão diretamente correlacionadas (HAYFLICK, 1997).

Segundo HAYFLICK (1997), não há forma disponível para a medição da idade biológica dos seres humanos e da maior parte dos animais. Os eventos biológicos que se seguem ao nascimento acontecem em momentos e ritmos diferentes em cada um de nós. A medição da idade biológica se dá através de

marcadores biológicos, como os anéis de crescimento das plantas ou marcas nos dentes das focas. Nos seres humanos, foram avaliados a mudança na cor do cabelo, o comprimento da orelha, a força muscular das mãos, entre outros. Apesar dessas inúmeras pesquisas à procura de um marcador típico dos seres humanos, nenhum foi encontrado.

A idade social costuma ser medida através da capacidade funcional do indivíduo em contribuir no trabalho, proteção dos grupos a que pertence e a sociedade que os acolhe. A idade social depende em grande parte das medidas legais, valores em uso e, também, dos preconceitos e estereótipos dominantes (DUARTE, 1999).

A idade psicológica é uma função das modificações que ocorrem ao longo do tempo na área cognitiva (aquelas que afetam a maneira de pensar e as capacidades dos sujeitos) e afetiva (relativa aos sentimentos e a personalidade) (DUARTE, 1999).

2.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:

O aumento da longevidade, assim como do número de pessoas idosas, não é um evento recente. Em 1987, KALACHE, VERAS e RAMOS já afirmavam que o envelhecimento populacional era um fenômeno universal, atingindo tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento. Os fatores responsáveis por esse processo de envelhecimento são, principalmente, o declínio das taxas de fecundidade e das taxas de mortalidade.

Esse processo continua em andamento. Entre 1960 e 2020 a expectativa média de vida ao nascimento no Terceiro Mundo terá aumentado em mais 23 anos, atingindo os 68,9 anos no final do período. Nos países desenvolvidos, o aumento na expectativa de vida será comparativamente muito menor, passando de 69,8 anos, em

1960, para 77,2, em 2020. Na espécie humana, o “relógio biológico” se situa em torno dos 85 anos (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Iniciamos este novo século com a população idosa crescendo proporcionalmente quase oito vezes mais que os jovens e quase duas vezes mais que a população em geral (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987). Apesar de muitos continuarem associando a velhice aos países mais desenvolvidos tanto da Europa quanto da América do Norte, a maioria dos idosos do mundo vive em países do Terceiro Mundo desde a década de 50 (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

Segundo MARIÑO (1994), em muitos países da América Latina observa-se uma melhoria nas condições de vida e saúde da população. Esta melhoria reflete-se em vários indicadores básicos: uma menor taxa de mortalidade infantil, uma menor taxa crua de mortalidade geral e uma maior expectativa de vida ao nascer. Os três fenômenos juntos estão levando ao envelhecimento paulatino da população e a um aumento do número absoluto e relativo de pessoas de 60 anos ou mais. As duas principais características deste envelhecimento, que vem ocorrendo no terceiro mundo, afirmam RAMOS, VERAS e KALACHE (1987), são o envelhecimento populacional sem uma real melhoria das condições de vida de uma grande parcela dessas populações e a rapidez com que esse processo está ocorrendo.

Esse envelhecimento se dá de forma diferenciada entre os gêneros, sendo que o aumento da expectativa de vida da mulher é mais significativo que o do homem. Entre as explicações para essas disparidades figuram: diferenças biológicas como o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana; diferença de exposição às causas de risco de trabalho; diferenças no consumo do tabaco e álcool; diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades; e assistência médico-obstétrica. (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Nos países da América Latina e Caribe, a diferença entre a expectativa de

vida ao nascimento, de acordo com o sexo, ocupa uma posição intermediária entre as observadas nos países desenvolvidos e nos demais países do Terceiro Mundo. No período de 1975-80, a diferença era de 5,4 anos, sendo 60,5 para homens e 65,9 para mulheres. Segundo KALACHE, VERAS e RAMOS (1987), as projeções indicavam que ela manter-se-ia praticamente inalterada nos anos entre 1995-2000, ficando em torno de 5,9 anos, quando as expectativas de vida alcançariam 64,5 e 70,4 respectivamente para o sexo masculino e feminino.

Em 1987, RAMOS, VERAS e KALACHE observavam no Brasil a passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade; o que se traduz em uma elevação da expectativa de vida média da população e em um aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas. Em nosso país, enquanto a população como um todo terá um aumento de cinco vezes entre 1950 e 2025, no mesmo período o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes. Tal aumento tornará o Brasil, no ano 2025, o país com a sexta maior população de idosos do mundo em termos absolutos (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Segundo estimativas, as pessoas de 60 anos ou mais serão 14% do total da população em 2025, enquanto em 1980 correspondiam a 6,3% da população total (FRARE et al., 1997).

De acordo com KALACHE, VERAS e RAMOS (1987, p.202):

“Em 1980 a expectativa de vida no Brasil atingiu 63,5 anos; desde então até o ano 2000 ela deverá experimentar um aumento de cinco anos, quando um brasileiro ao nascer esperará viver por 68,5 anos. Importantes que sejam estes aumentos, espera-se que aos poucos o diferencial entre a

expectativa de vida de brasileiros ricos e pobres possa ser diminuído. Em termos atuais essa diferença é elevada: cerca de 15 anos, refletindo a profunda divisão social e econômica que sempre existiu no país e que foi acentuada nas décadas mais recentes”.

De acordo com RAMOS, VERAS e KALACHE (1987), chegaremos ao ano 2025 com uma população de cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, uma população maior do que a de qualquer Estado brasileiro na atualidade. Essas pessoas serão as nascidas a partir de meados do século XX e que hoje se encontram no apogeu de suas vidas produtivas, muitas em posição de decisão sobre os rumos políticos e econômicos da nação. Cabe a essa geração trabalhar para que se inicie um planejamento a curto, médio e longo prazos, visando ao estabelecimento de uma política de bem-estar social e de cuidados à saúde da população de idosos no Brasil.

No Rio Grande do Sul, segundo dados oficiais (RIO GRANDE DO SUL, 2000), em 1999, a população do Estado somava 9.971.910, sendo que 962.365 eram pessoas com 60 anos ou mais. Em um estudo realizado em Pelotas, FRARE et al. (1997) verificaram que de 182 idosos entrevistados, 64,3% eram do sexo feminino e 35,7%, do sexo masculino. No perfil dos idosos independentes no Rio Grande do Sul em 1997, constatou-se a predominância de pessoas de cor branca, do sexo feminino, na faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade, casadas ou viúvas. A escolaridade é baixa, sendo 19,77% analfabetos, dado que reflete as precárias condições culturais, educacionais e sociais das primeiras décadas do século XX, quando esses idosos se encontravam em idade escolar, situação que afetava principalmente ao segmento feminino da população (RIO GRANDE DO SUL 1997).

Na cidade de Porto Alegre, de acordo com dados estatísticos, 11,07% são pessoas com 60 anos ou mais (RIO GRANDE DO SUL, 2000). Estima-se que 2.200 idosos sejam residentes em

instituições (MELLO, PADILHA e ROSA, 2000), correspondendo a 1,5% da população de idosos. Segundo LEHR (1999), na Alemanha, 4% da população com 60 anos de idade ou mais, vive em asilos ou lares para idosos; enquanto em Singapura 1,6% das pessoas idosas são institucionalizadas. Das 111 casas geriátricas cadastradas em Porto Alegre em 2000, 12 eram instituições filantrópicas ou praticavam filantropia (MELLO, PADILHA e ROSA, 2000).

2.3 PESQUISA QUALITATIVA:

Argüir os méritos de metodologias de pesquisa quantitativa e qualitativa é fútil. Elas são diferentes e cada uma tem um lugar no arsenal de pesquisa (BLINKHORN, 2000). A Odontologia está descobrindo recentemente o valor da metodologia qualitativa. De acordo com BERKEY (1996), abordagens qualitativas são melhores para propósitos exploratórios, questões de compreensão e identificação de problemas; enquanto as abordagens quantitativas são tipicamente melhores para esforços descritivos, identificação de relação causal e predição de resultados.

Para MACENTEE (1996), os métodos qualitativos têm por objetivo levantar hipóteses mais do que verificá-las. Eles se esforçam para descobrir e interpretar variáveis complexas que são desconhecidas ou difíceis de isolar dos padrões naturais. Conseqüentemente, abordagens qualitativas são particularmente apropriadas para o desenvolvimento de teorias em meio a complexas interações sociais. Porém, entrevistas qualitativas não estruturadas ou semi-estruturadas demandam muito tempo, e a proliferação de dados, quando ambos métodos são empregados, complica o gerenciamento da análise. No entanto, é crescente a conscientização da sua validade e do papel único na construção de teorias, e não há dúvidas de que eles oferecem valiosas informações do comportamento e percepção que ao final auxiliam na construção de entrevistas e questionários.

Segundo BLINKHORN (2000), alguns pontos positivos da investigação qualitativa são: (1) questionar pessoas de uma maneira relativamente mais ampla pode resultar em uma informação mais

diversa do que quando se utilizam questionários; (2) investigar o significado de dados conflitantes ou inesperados de grandes pesquisas quantitativas em maior detalhe; (3) monitorar e avaliar programas de promoção de saúde; (4) utilizar complicadas técnicas de entrevista que concentram no imaginário sentimentos e motivação áreas na qual os questionários tradicionais podem não ter sutileza e profundidade ; (5) condensar informação num formato legível e com significado pode levar a viéses motivo da necessidade para uma revisão externa de alguns dos dados brutos. Este autor afirma, ainda, que a metodologia qualitativa certamente tem lugar na pesquisa em saúde pública para a definição de problemas, geração de hipóteses e avaliação.

Apesar das evidências das Ciências Sociais indicarem que métodos quantitativos expõem pouco da amplitude ou profundidade dos sentimentos pessoais dos sujeitos, estudos do impacto da relação da disfunção oral em idosos têm sido dominados quase exclusivamente por questionários estruturados e entrevistas; ou seja, a maioria dos estudos de comportamentos e crenças em relação aos dentes de sujeitos idosos tem utilizado estratégias de pesquisa quantitativa para coletar e analisar os dados. Em um evento em que os comportamentos e crenças de uma população em particular estão incompletos ou limitados é necessário empregar outros métodos de pesquisa que vão acomodar uma ampla e ilimitada exploração dos papéis psicossociais (MACENTEE, 1996).

Apesar das diferenças das metodologias qualitativa e quantitativa, a aplicação conjunta de ambas é abordada na literatura. MACENTEE (1996) afirma que existe uma crescente aceitação de que ambos métodos de pesquisa, qualitativa e quantitativa, têm características que compensam as limitações um do outro.

Para JOKOVIC e LOCKER (1997), estudos futuros baseados em métodos qualitativos são necessários para a compreensão de por que pessoas estão satisfeitas com sua saúde bucal mesmo quando apresentam perda dentária, cavidades de cárie, dificuldades na mastigação, comunicação e em

relacionamentos sociais. O estudo de DOLAN et al. (1998), que investigou as mudanças na saúde bucal através de duas medidas qualitativas (Geriatric Oral Health Assessment Index GOHAI e auto-percepção de necessidade de tratamento dentário), teve como maior limitação a falta de medidas de determinação clínica na saúde bucal. Se, por exemplo, um sujeito desenvolveu diversas cáries dentárias ou sofreu perda dentária e limitação da função oral, através de três anos de estudo, deveria se esperar um declínio na saúde oral para refletir na avaliação global do indivíduo. Como medidas clínicas não estavam disponíveis, essa relação não pôde ser verificada.

Segundo os estudiosos que verificaram as condições de vida dos idosos independentes no Estado do RIO GRANDE DO SUL (1997), a falta de um conhecimento integral da história de sua vida, da situação na sociedade e de possíveis reações orgânicas e psíquicas dificultam o atendimento ao idoso. É necessário conhecer o perfil do idoso para traçar políticas de saúde que venham ao encontro das reais necessidades desse segmento populacional com fins de planejar, efetivar e gerenciar a oferta de serviços de saúde. Portanto, o uso conjunto das metodologias de pesquisa qualitativa e quantitativa parece ser ideal para se obter um conhecimento mais amplo do perfil dos idosos em relação à saúde bucal, possibilitando não apenas uma abordagem dos fatores biológicos, mas, também, de fatores psicológicos e sociais.

2.4 SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS:

A saúde bucal do paciente idoso é um tema complexo. Além das alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento, somam-se, ainda, diversos fatores de risco como: transtornos sistêmicos crônicos que começam na tenra idade; estilos de vida insalubres; iatrogenias repentinas e um mal estado nutricional (MARIÑO, 1994).

PADILHA et al. (1998a) ressaltam que o estado bucal do paciente idoso sofre influência de uma série de fatores que tornam este paciente suscetível a diversas patologias, não somente no órgão dentário, mas, também, nas diversas estruturas que compõem o sistema estomatognático.

Na atualidade, sabe-se que é possível manter a boa saúde bucal até idade avançada e que a dentição não se perde por causa do envelhecimento, contudo os idosos continuam correndo um alto risco de sofrer doenças bucais, entre elas a cárie, a doença periodontal e o câncer bucal (MARIÑO, 1994). Apesar da perda dentária não ser consequência fisiológica do envelhecimento, EKELUND (1989) afirma ser amplamente aceito que uma arcada dentária completa em pessoas idosas é raro e que de 60 a 90% da população de idosos tem sido freqüentemente relatada como sendo edêntula.

HANSON, LIEDBERG e ÖWALL (1994) estudaram a relação entre rede social, suporte social e estado dentário de idosos suecos. Os autores verificaram que o uso de próteses fixas e dentaduras estava fortemente associado à classe social. Ter poucos dentes funcionais estava associado a classes sociais baixas e rede e suporte sociais insuficientes, e a ausência de dentes anteriores, sem reposição protética, fortemente associada a rede e suporte sociais diminuídos.

A prevalência da perda dentária, da cárie, da doença periodontal e do câncer bucal não tem melhorado significativamente neste grupo. Tanto a sociedade em geral como os próprios idosos continuam aceitando a deterioração bucal e do aparelho mastigatório como consequência normal e inevitável da velhice. A articulação temporomandibular tende a sofrer uma série de anormalidades cuja relação com a velhice ainda não ficou estabelecida. As alterações do fluxo salivar, muitas vezes, são efeito secundário de certos medicamentos e não uma consequência fisiológica do envelhecimento (MARIÑO, 1994).

O alto índice de doença bucal nos idosos despertou o interesse das autoridades mundiais de saúde. Como parte dos objetivos de saúde para todos no ano 2000, a FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE (1982) traçou metas específicas para melhorar a saúde bucal dos idosos: primeiro, reduzir em 25% o número de edêntulos; segundo, conseguir que mais de 50% da população maior de 65 anos conserve pelo menos 20 dentes funcionais. Em 1994, MARIÑO realçou que essas metas estavam muito longe de serem atingidas.

Os tecidos da cavidade bucal, segundo FIGUEIREDO, YOURGEL e LORANDI (1990), da mesma forma que o resto do organismo, sofrem alterações significativas durante o processo de envelhecimento. A mucosa bucal do idoso pode apresentar, sob o ponto de vista clínico, aspecto de normalidade, no entanto, admite-se que, intrinsecamente, ela seja menos resistente que a de um jovem, pelas alterações celulares, metabólicas e pela redução de secreção das glândulas salivares, tornado-se mais atrófica.

Além dos fatores biológicos, muitas vezes, na velhice, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e a pobreza (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987). Algumas culturas vêem no idoso o depositário do saber e o guardião das tradições que asseguram a coesão social do grupo (RIO GRANDE DO SUL, 1999). Porém, CHOW (1983) afirma que o tradicional ditado chinês: “Ter um velho em casa é como ter um tesouro no lar”, não é mais levado a sério, mesmo nas sociedades orientais.

2.4.1 IDOSOS INDEPENDENTES:

Diversas pesquisas sobre o estado de saúde bucal de idosos independentes têm sido realizadas em diferentes países.

Nos Estados Unidos, DOLAN et al. (1998) realizaram um estudo longitudinal em idosos de alto nível social. Neste grupo, relativamente bem educado de idosos, mais de 1/4 dos participantes consideraram sua saúde bucal como fraca ou pobre em cada intervalo de medição e apresentavam, provavelmente, com necessidades de tratamento.

Em Oviedo, na Espanha, ALVAREZ-ARENAL et al. (1996) verificaram o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e as necessidades de tratamento na população adulta. Foram avaliadas 261 pessoas, das quais 48 tinham idade entre 65 e 74 anos. O valor do CPOD foi maior no grupo mais velho, sendo maior o escore das mulheres que o dos homens. Os idosos tinham um maior número de dentes perdidos (12,3) e menos dentes cariados (1,9) e restaurados (0,9), porém praticamente todos tinham um dente cariado. Os autores verificaram ainda que a classe social baixa teve um escore maior do CPOD (14,0), quase o dobro da classe alta (7,6). Quanto às necessidades de tratamento, os idosos tinham uma maior necessidade de próteses e menor necessidade de restaurações de uma face.

STEELE et al. (1996) realizaram uma pesquisa sobre as condições clínicas da cavidade bucal de idosos ingleses de três diferentes comunidades. Foram avaliadas duas áreas urbanas (Darlington, área industrial no norte da Inglaterra, e Salisbury, metrópole no sul) e uma rural (Richmondshire, também ao norte). A proporção de idosos edêntulos variou de 33%, em Salisbury, a 57%, em Darlington. A minoria dos idosos dentados tinham 21 ou mais dentes funcionais. Do total dos três grupos, mais de 40% dos dentes tinham restaurações em boas condições, enquanto que aproximadamente 50% dos dentes estavam ou cariados ou restaurados. As diferenças observadas entre as localidades de Darlington e Salisbury são atribuídas pelos autores às diferenças geográficas que

resultam em diferentes parâmetros culturais, das formas de tratamento odontológico que atingem estas populações, e das diferenças na estrutura social destas localidades.

Para GALAN et al. (1993), a combinação de alta prevalência de cáries e doença periodontal, uma pobre higiene oral, poucos dentes remanescentes e necessidade de próteses encontrada entre idosos de um grupo de esquimós não tem sido documentada em nenhuma outra população. Essas diferenças, todavia, podem ser normais para velhos membros de uma população aborígine que está sofrendo uma transição cultural. Eles também apresentaram um grande número de alterações de mucosa. A diferença nos esquimós foi que apenas 36% das alterações de mucosa estavam relacionadas ao uso de próteses, enquanto que mais de 90% das alterações relatadas nos canadenses do sul eram devido às próteses. A possível razão para essa discrepância foi o pequeno número de próteses utilizadas pelos esquimós.

Em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, FRARE et al. (1997) entrevistaram 182 idosos residentes em uma vila da periferia da cidade, dos quais 5,9% não permitiram a realização do exame intra-oral. Do total de examinados, 29,5% não eram edêntulos, nos quais observou-se a presença de um total de 490 dentes, perfazendo uma média de nove dentes por indivíduo. Dos entrevistados, 73,4% faziam uso de aparelhos protéticos, sendo que mais da metade, 50,13%, usava prótese total superior. O estudo mostrou que a maioria dos idosos (51,7%) usava prótese há mais de 20 anos.

MANN et al. (1990) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o estado clínico dentário e determinar vários aspectos comportamentais da população de idosos não institucionalizados. Da sua amostra, 56% era totalmente edêntula e 19,5% parcialmente edêntula.

REICHART (2000) verificou a prevalência de lesões de mucosa em dois grupos de alemães, um composto de adultos e o outro de idosos. O grupo 2, composto por idosos de 65 a 74 anos, teve 33,9% dos indivíduos sem alterações de mucosa. Nos demais, as lesões mais frequentes foram grânulos de Fordyce (23,7%),

história de herpes labial (20,0%), língua plicata (19,0%) e estomatite por dentadura (18,3%). As leucoplasias tiveram associação com baixo grau de instrução.

FURE e ZICKERT (1997) avaliaram a incidência de perda dentária e cárie ao longo de cinco anos em idosos com 60, 70 e 80 anos na Suécia. Participaram do estudo 148 idosos. Apenas 40% da amostra sofreu extrações, dos quais nove indivíduos perderam três ou mais dentes. A maior causa de extrações (60% do total) foi a cárie. Novas lesões de cárie coronal desenvolveram-se em 51% dos idosos, concomitantemente foram registradas novas cáries de raiz em 61% dos examinados. Apenas 27% dos idosos não desenvolveram novas lesões de cárie durante o estudo. O aumento no número de cáries foi maior entre as mulheres e na faixa etária de 80 anos. Os autores concluíram que a cárie dentária parece ser ainda um problema sério para alguns indivíduos mais velhos.

Dados semelhantes foram encontrados por LUAN et al. (2000), que realizaram um estudo para determinar a incidência de cáries em adultos e idosos chineses ao longo de dez anos. Segundo os autores, houve um aumento significativo no índice CPOD com o aumento da idade. A cárie dental constitui um problema significativo entre adultos e idosos chineses, uma vez que novas lesões se estabelecem e antigas lesões progridem, sendo a maior causa de perda dentária nessa população.

MAUPOMÉ e MACENTEE (1998) avaliaram o uso de próteses em idosos independentes do Canadá, relacionando ao estado econômico, rede e suporte social. Neste trabalho, a maioria dos usuários de dentaduras tinha renda alta ou suficiente para suprir suas necessidades. A presença de espaços anteriores não reabilitados por

próteses estava relacionada a indivíduos menos dispostos ou capazes de sair de seus lares. O uso de próteses removíveis e espaços anteriores abertos não tiveram relação com classe, rede ou suporte social.

2.4.2 IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS:

De acordo com VERAS, RAMOS e KALACHE (1987), a súbita valorização dos imóveis reflete-se na diminuição do espaço interno das residências. A falta de espaço impede que muitas famílias acolham os seus parentes idosos ou, o que talvez ocorra com maior frequência, gere a difícil convivência e o natural conflito de gerações gerado no interior das famílias que coabitam nessas novas moradias. Além disso, outros fatores concorrem para a diminuição do suporte familiar para com o idoso, entre eles a maior mobilidade das famílias (facilitadas pelo seu menor tamanho) e o aumento do número de separações e divórcios entre os casais em décadas mais recentes. Esses fatores proporcionam o aumento do número de idosos em instituições, sejam filantrópicas ou particulares, por iniciativa dos próprios idosos ou resolução de familiares.

Sabe-se que países ocidentais desenvolvidos têm experimentado uma melhora significativa na saúde bucal, principalmente em relação à cárie dentária na população total. Porém, certos grupos continuam com a saúde bucal longe do satisfatório. Os idosos institucionalizados são um desses grupos (VIGILD, 1989). Segundo PADILHA et al. (1998a), os idosos dependentes, ou aqueles que vivem em instituições ou “casas geriátricas”, demandam necessidade de tratamento e níveis de atenção substancialmente diferentes daqueles idosos que vivem na comunidade.

Para VIGILD (1989), o pior estado de saúde bucal de idosos institucionalizados se deve ao fato de serem mais deficientes, fisicamente e mentalmente, que os não institucionalizados e, também, aos serviços odontológicos serem menos disponíveis. Esse ponto de vista é confirmado, de certo modo, em seu estudo, no qual foi determinada a ocorrência de cáries dentárias não tratadas em

idosos institucionalizados na Dinamarca. Os residentes de asilos sem ajuda tinham mais cáries não tratadas do que aqueles que eram capazes de se gerenciar sozinhos, e a saúde bucal era visivelmente melhor entre aqueles institucionalizados que recebiam a visita regular de dentistas. Não foram verificadas diferenças entre instituições públicas ou privadas ou onde o serviço odontológico era gratuito. Este estudo vai ao encontro de outros trabalhos já realizados e afirma que o estado de saúde bucal de idosos institucionalizados é pobre.

STUCK et al. (1989) avaliaram as necessidades de tratamento de idosos encaminhados a um hospital geriátrico na Suíça. Dos 219 pacientes examinados, 59,4% eram edêntulos. Do total de dentes remanescentes, 29,3% estavam cariados e 45,1% tinham periodontite severa. Enquanto 97,8% dos indivíduos dentados e 31,5% dos edêntulos tinham necessidades objetivas de tratamento, a necessidade subjetiva era de 30,4% e 13,1% respectivamente entre os grupos.

MACENTEE (1996) verificou em um estudo com idosos institucionalizados que um número substancial de moradores não pôde responder às questões devido a esquecimento e problemas psicológicos. Apesar disso, quase metade dos indivíduos queixou-se de problemas bucais.

DIU e GELBIER (1989) realizaram uma pesquisa em que se fez um levantamento de dados sociais e odontológicos para determinar o nível de doenças e de necessidade de tratamento dentário entre 293 idosos que freqüentavam um centro de cuidados comunitário. Entre os idosos, apenas 20% tinham vinte ou mais dentes, enquanto que 60% dos indivíduos com dentes tinham cáries. O número de restaurações necessárias variou de uma a treze. Dos idosos examinados, 48% tinham alguma patologia bucal não associada a dentes naturais. Os usuários de dentaduras apresentaram mais alterações do que os não usuários. Somente vinte e três idosos não

utilizavam nenhuma prótese. Os autores verificaram, ainda, uma diferença entre necessidade normativa (82%) e subjetiva (53%) dos indivíduos, mas o mais importante é que a maioria das pessoas nesse estudo queria ou necessitava tratamento, e, por várias razões, não estava recebendo. O autor também concluiu que a saúde bucal dos idosos que freqüentavam o centro comunitário era pobre e suas necessidades de tratamento consideráveis.

KNABE e KRAM (1997) avaliaram a saúde bucal de 364 idosos institucionalizados e o nível de cuidado odontológico recebido. Do total de pacientes, 12,1% relataram dor ou desconforto na cavidade oral, 28,6% apresentaram alterações de mucosa (a maioria relacionada ao uso de próteses) e 80,1% tinham necessidades normativas de tratamento. Segundo os autores, é necessário melhorar o cuidado odontológico oferecido nas instituições.

JORGE et al. (1991), realizaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência de alterações de mucosa em um grupo de 270 idosos institucionalizados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. Os dados do estudo indicam que a prevalência de lesões de mucosa é alta neste grupo de idosos brasileiros institucionalizados. Talvez o mais importante achado deste estudo seja a detecção de três pacientes desenvolvendo carcinoma intra-oral. Segundo o autor, a estomatite por dentadura é a lesão mais freqüentemente associada ao uso de próteses. Isso ocorre preferencialmente em mulheres que as utilizam continuamente e que têm uma higiene oral inadequada. Considerando as variações da mucosa normal como as varicosidades sublinguais, pigmentações melânicas e língua fissurada, a prevalência destas, exceto para as varicosidades, foi menor que em outros estudos.

PADILHA e de SOUZA (1997) realizaram exames clínicos em 189 idosos, sendo 102 residentes em uma instituição geriátrica em Porto Alegre, Brasil, e 87 moradores da casa de permanência de um hospital geriátrico em Londres, Inglaterra. Neste estudo, foi observado que o grupo inglês tinha maior percentagem de edentulismo que o brasileiro. Quando excluídos os indivíduos edentados, a média de dentes entre os idosos ingleses foi de 9,93 contra 8,53 entre os brasileiros. A porcentagem de dentes cariados entre os brasileiros foi de 39,9%. A frequência das alterações visualizadas na mucosa bucal em ambos os grupos foi considerada alta. As lesões identificadas nos pacientes examinados não foram diferentes das verificadas em outros estudos de prevalência de lesões de mucosa.

2.5 A IMPORTÂNCIA DOS DENTES:

A literatura está repleta de relatos sobre a importância dos dentes para o ser humano e, também, das diferentes formas de como esta importância pode se manifestar. De modo geral, as influências dos dentes para as pessoas podem ser sumarizadas em três grandes áreas: fisiológica, psicológica e social.

Dentro da função fisiológica, os dentes influenciam em atividades como: mastigação, formação do bolo alimentar, deglutição e digestão, entre outras.

Na área psicológica, os dentes podem ser responsáveis por sensações como medo, vergonha e respeito. A questão da aparência também está relacionada a uma gama de reações psicológicas.

No âmbito social, os dentes podem influenciar, por exemplo, no comparecimento a atividades, no trabalho, nas finanças e nos relacionamentos.

NAKATA (1998) realizou uma revisão da literatura e encontrou que o aparato mastigatório está envolvido em várias funções do organismo como a mastigação, deglutição, respiração, fala, comunicações não verbais, e provavelmente está relacionado a ações sistêmicas como locomoção, circulação sanguínea, excreção, função endócrina e reprodução.

Segundo STRAUSS e HUNT (1993), as condições bucais afetam os gastos pessoais, tempo disponível, comparecimento ao trabalho, saúde psicológica, função biológica e a performance acadêmica. Os dentes podem ainda causar dor e medo. Além disso, a função e a estética afetam a qualidade de vida, sendo a mastigação e a alimentação reclamações substanciais. Porém, o impacto da saúde dentária no sabor, mastigação, conforto bucal, atratividade facial, no beijo e salivação, continuam amplamente não examinados.

O folheto “O CUIDADO COM OS DENTES (19--)” é uma publicação de uma fábrica de produtos de higiene oral, voltada para a educação da população, e foi provavelmente lançado na primeira metade do século XX. O conteúdo deste folheto deve ser semelhante às orientações e conhecimentos que foram passados aos grupos estudados e, por essa razão, será uma referência constante nesse estudo. Segundo este folheto, os dentes servem para mastigar os alimentos e misturar os alimentos à saliva, facilitando a deglutição e a digestão. A presença de doença nos dentes e a perda dentária dificultam a digestão, podendo afetar todo o organismo. Atividades como trabalhar, divertir-se e gozar a vida também dependem de saúde e não se pode ter

saúde com os dentes em mau estado. A importância do sorriso é citada. O êxito na vida, a popularidade e o respeito que se impõe é influenciado pelos dentes pois a boca é observada em primeiro plano. O mau hálito causa uma impressão desagradável às pessoas e, muitas vezes, é causado por doenças bucais. Além disso, os dentes são imprescindíveis para uma boa dicção. Enfim, os dentes sadios contribuem, em grande parte, para manter a saúde, para dar uma boa aparência e para abrir o caminho da felicidade.

MORIGUCHI (1990) reporta que a perda da dentição influi sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia e no aspecto estético, além de predispor a doenças geriátricas. Para MARIÑO (1994), da mesma forma que doenças sistêmicas interferem na saúde oral, as doenças bucais afetam a saúde geral do indivíduo e têm conseqüências fisiológicas ainda mais complexas em pessoas de idade avançada, já que podem chegar a diminuir a nutrição, as relações interpessoais e a saúde mental.

Em 1605, Miguel de Cervantes já afirmava no clássico Dom Quixote de la Mancha que: *“Uma boca sem molares é como um moinho sem pedras, e deve-se estimar um dente mais do que um diamante”* (CERVANTES, 1994).

A seguinte frase de autor desconhecido ilustra a capa do folheto “O CUIDADO COM OS DENTES (19--)", enfatizando a importância dos dentes para o ser humano: *"O corpo humano pode ser comparado a um mecanismo possante e maravilhoso, no qual todas as peças devem ajustar-se. Os dentes em mau estado são como peças gastas que impedem o funcionamento normal desse mecanismo, podendo acarretar sua completa destruição."*

FISKE et al. (1998) estudaram, em uma amostra de 36 mulheres e 14 homens com idade variando de 51 a 86 anos, os principais efeitos emocionais

relacionados à perda dentária. Entre os resultados encontrados, foram evidenciados efeitos relacionados a “despojo”, auto-confiança, aparência, auto-imagem, tabu, segredo, mudança comportamental e envelhecimento precoce.

REISINE et al. (1989) avaliaram o impacto de condições bucais comuns, como doença periodontal, disfunção temporomandibular e uso de dentaduras na qualidade de vida de pacientes usuários de serviço odontológico privado nos Estados Unidos da América. Os pacientes usuários de dentaduras relataram impactos significativos na medida de função social, o Sickness Impact Profile - SIP. Aproximadamente 1/4 dos participantes indicaram que sua condição dentária causa problemas em tarefas do lar, atividades sociais e de lazer e, também, 9% afirmaram que os problemas dentários interferem com atividades de trabalho. A extensão do impacto dos problemas dentários isolados é significativa para este grupo de pacientes, uma vez que são idosos e estão sujeitos a ter outros problemas de saúde associados ao envelhecimento que interferem com funções sociais.

Esta grande variedade de impactos da saúde bucal na vida das pessoas mescla a opinião de profissionais e pacientes. É necessário uma compreensão mais aprofundada das crenças dos pacientes, pois, segundo JOKOVIC e LOCKER (1997), o atendimento odontológico não melhorará substancialmente a satisfação do paciente com sua saúde bucal, se não influenciar no impacto que as condições orais têm na sua vida diária.

2.6 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

A função dentária na alimentação, realizando as primeiras etapas da digestão, é abordada na literatura, enfatizando-se sua importância para o sucesso dessa ação que resulta na absorção dos nutrientes pelo organismo. Além disso, a mastigação parece ter efeitos fisiológicos mais profundos no organismo, assim como implicações sociais e psicológicas.

Segundo SHAY e JONATHAN (1995), uma das tarefas fisiológicas essenciais realizadas pela cavidade bucal é o início do processo de alimentação. A ingestão de nutrientes começa com a mastigação e através da mistura do alimento com a saliva até a formação do bolo alimentar, que é transportado até a faringe onde inicia-se o processo de deglutição. Da mesma forma, o folheto O CUIDADO COM OS DENTES (19--) esclarece que os dentes servem para mastigar os alimentos, misturá-los à saliva, facilitando a deglutição e a digestão. A presença de doenças nos dentes e a perda dentária dificultam a digestão, podendo afetar todo o organismo.

Para ETTINGER (1987), os problemas gástricos estão relacionados a mudanças associadas ao envelhecimento em humanos, que podem causar xerostomia, redução da atividade gástrica, redução da produção e disponibilidade de enzimas digestivas, redução na vascularização dos intestinos e atrofia da mucosa. Segundo o autor, não tem sido possível mostrar a relação entre a redução da habilidade mastigatória e a existência de doenças gástricas. O valor da mastigação na digestão dos alimentos nunca foi provado, isso pode ser verdade para povos primitivos onde a sobrevivência deve ter dependido de uma eficiente dentição natural, assim como dos seus sentidos de olfato e gustação. Porém, pessoas civilizadas podem sobreviver sem

dentos naturais ou artificiais devido à mudança nos métodos de preparação dos alimentos. Em pessoas idosas, com problemas de absorção, parece ser racional a sugestão de que uma adequada habilidade mastigatória possa ser uma ajuda, mas até então não havia evidências que comprovassem que essa eficiência mastigatória extra fosse uma ajuda significativa para elas. Para YEWE-DYER (1993), apesar dos estudos não provarem a necessidade da mastigação para a digestão, é de conhecimento de todos que mastigar os alimentos nos ajuda a apreciar a comida e facilita a deglutição.

No estudo dos idosos independentes do RIO GRANDE DO SUL (1997), a maioria dos idosos afirma não ter dificuldades de mastigação, apesar do uso de próteses, porém, 20,29% dos entrevistados afirmam ter alguma dificuldade de mastigação, o que adquire relevância frente à população total de idosos. De acordo com o estudo, entre os agravos que podem se manifestar através das dificuldades mastigatórias figuram a diminuição da quantidade de ingestão de alimentos, sua absorção e eliminação.

Alguns estudos procuram relacionar a saúde bucal com o estado nutricional dos idosos, porém os resultados não são conclusivos.

O Estudo de Saúde Oral e Nutricional (PAPAS et al., 1998b) foi realizado a fim de verificar a interrelação do estado de saúde bucal, dieta e educação, e determinar o impacto relativo em adultos e idosos. Foram avaliados 247 indivíduos com pelo menos seis dentes. Renda e grau de instrução tiveram correlação direta com o estado nutricional, enquanto o uso de próteses removíveis (total ou parcial) apresentou uma correlação inversa. Homens usuários de próteses tiveram valores

reduzidos de diversos nutrientes, quando comparados a indivíduos com dentição natural. Para as mulheres, a diferença ocorreu para cálcio e proteína. De acordo com os resultados, os usuários de próteses têm maior risco de não atingir as taxas dietéticas recomendadas. Estes indivíduos também apresentaram uma baixa qualidade nutricional, mais problemas mastigatórios e maior taxa de mortalidade após seis anos, quando comparados com o grupo com dentição natural.

KRALL, HAYES e GARCIA (1998) realizaram um estudo no qual avaliaram a ingestão de nutrientes em relação ao número de dentes, tipos de próteses e a função mastigatória. Os resultados mostraram que a função mastigatória teve correlação positiva com a ingestão de fibras e a maioria das vitaminas e minerais. A origem dos alimentos com baixos níveis de ingestão são frutas, hortaliças, nozes e carne, alimentos que são conhecidos como de difícil mastigação.

No estudo de MOJON, BUDTZ-JORGENSEN e RAPIN (1999), que avaliou 324 idosos institucionalizados fragilizados buscando relacionar a saúde bucal e a nutrição, verificou-se que idosos edêntulos não reabilitados apresentaram um menor índice de massa corporal em comparação aos usuários de dentaduras. Ter menos de seis pares de dentes (naturais ou próteses) em oclusão foi um dos dois melhores preditores de desnutrição neste grupo. O outro foi a ausência de dentaduras em pessoas edêntulas.

AL-ALI, HEATH e WRIGHT (1998) realizaram um estudo para investigar o efeito da perda de dentes posteriores na eficiência mastigatória. Apesar do estudo mostrar a redução na performance mastigatória, são necessárias mais pesquisas para determinar o efeito desta redução na qualidade de vida destes pacientes. Segundo os

autores, indivíduos idosos, muitos com arcadas dentais reduzidas (quatro unidades oclusais), têm se mostrado satisfeitos com seu estado dentário. Ajustar seus padrões de satisfação a supostas deficiências é, felizmente, um padrão de comportamento comum aos humanos.

OW et al. (1997) avaliaram 891 indivíduos de Singapura, com idade entre 55 e 91 anos (média de 66 anos), quanto a auto-percepção da função mastigatória. Dos indivíduos com dentição completa (28 dentes), nenhum relatou ter uma má função mastigatória, enquanto 4% dos indivíduos com arcada dental reduzida consideraram sua mastigação pobre. Na amostra total, não houve relação entre a seleção dos alimentos e a boa função mastigatória. Enquanto 69% dos examinados disseram ter uma boa mastigação, 58% mastigavam apenas alimentos macios.

Em outro estudo, PAPAS et al. (1998b) encontraram uma alta correlação entre o grau de instrução e a ingestão de nutrientes. Indivíduos com maior escolaridade procuram por melhor nutrição e, dessa forma, os autores concluíram que pessoas que recebem orientação apropriada podem ter uma dieta adequada, independente de seu estado dentário.

SMITH e SHEIHAM (1979) realizaram uma investigação relacionando fatores sociais e dentários entre 254 idosos independentes em Nottinghamshire, Inglaterra, a fim de verificar de que forma este grupo sofria de alguma incapacidade devido ao seu estado dentário. Trinta por cento da amostra relatou dificuldades com a mastigação. Apenas um dos quatro indivíduos sem dentes ou próteses apresentou dificuldade na mastigação, enquanto os outros afirmaram ser capazes de “comer de tudo”. Segundo os autores, muitos indivíduos com uma situação dentária inadequada

estão “comendo de tudo”, enquanto outros apresentam dificuldades, mesmo usando próteses clinicamente satisfatórias. Isso sugere que fatores psicológicos e médicos são tão ou mais importantes que detalhes técnicos na determinação da capacidade mastigatória. Os autores afirmam ainda que, apesar de uma dentição satisfatória não ser essencial para uma adequada nutrição, é importante para a pessoa se sentir aceitável e aceita socialmente. Da mesma forma, outros autores afirmam que, para os idosos, o ato de alimentar-se representa muito mais do que uma simples função fisiológica. A alimentação pode ser, para estas pessoas, uma das últimas formas de prazer (EKELUND, 1989) ou o único sentido da vida (MORIGUCHI, 1990).

Na revisão de literatura realizada por NAKATA (1998), aparecem outros benefícios ao organismo relacionados à mastigação. A função mastigatória contribui na ativação da circulação sangüínea cerebral e no metabolismo da função cerebral. É sugerido que a mastigação pode ser efetiva na prevenção da demência senil através da manutenção de um bom fluxo sangüíneo no cérebro.

Para EKELUND (1989), na recuperação da condição física, psicológica e social do idoso, a reabilitação da função mastigatória é de maior importância. Sendo assim, é necessária uma atenção direta à habilidade mastigatória do idoso a fim de assegurar que ele tenha prazer em comer.

Pode-se observar na literatura que, ainda que a importância dos dentes na nutrição dos indivíduos seja questionada, as implicações fisiológicas, psicológicas e sociais da mastigação não nos deixam subestimar o valor de dentes ou próteses para os idosos.

2.7 SELEÇÃO DE ALIMENTOS:

Se é verdade que ao longo da vida os hábitos alimentares têm uma grande influência sobre a saúde bucal, é verdade também que, depois de uma certa idade, a saúde da boca começa a ser um fator de peso na determinação dos hábitos alimentares. A perda dos dentes ou as doenças periodontais, freqüentes nos idosos, quase sempre provocam o empobrecimento de sua dieta, que se traduz, por exemplo, nos altos índices de anemia registrados para essa faixa etária (MATEOS, 1999).

De acordo com ETTINGER (1998), os pacientes muitas vezes se adaptam à redução da função mastigatória no decorrer do tempo. Em decorrência disso, as pessoas aumentam o número de movimentos mastigatórios antes de engolir ou engolem pedaços maiores de comida. Com o tempo escolhem alimentos que necessitem menos mastigação e mudam a resistência dos alimentos à mastigação através do tempo de cozimento, especialmente moendo ou reduzindo o alimento a um líquido.

Há pesquisas que enfocam a seleção de alimentos como resultado de problemas dentários. EKELUND (1989) realizou um estudo em que investigou o estado da saúde dentária de idosos institucionalizados e a capacidade mastigatória subjetiva desses indivíduos. A entrevista foi estruturada e os sujeitos foram perguntados se, devido a sua condição dentária, eles eram capazes de comer todos os alimentos que gostariam (boa habilidade mastigatória) ou não (pobre habilidade mastigatória), e que alimentos eles mais gostariam de ter condições de comer. Aos idosos usuários de dentaduras foi perguntado como era a retenção de suas dentaduras

e se sentiam alguma dor quando comiam. Nesse estudo, 41% dos idosos disseram ser incapazes de comer alguns alimentos que gostariam devido a seu estado dentário. Os indivíduos usuários de dentaduras achavam que suas próteses eram velhas e desadaptadas, porém, que eram mais capazes de comer os alimentos que queriam do que aqueles com dentes naturais. Isso pode ser uma consequência da condição precária de seus dentes, assim como refletiu o seu pequeno número de dentes anteriores. Dos usuários de dentaduras superiores e inferiores, 75% disseram ser capazes de comer todos os alimentos que queriam, o que mostrou um grau maior de satisfação desses idosos para com sua capacidade mastigatória.

ETTINGER (1998) realizou um estudo a fim de investigar a relação entre dieta/nutrição e mudanças no estado dentário. Foram avaliados sujeitos que utilizavam dentaduras velhas e passaram a ter próteses implanto-suportadas, pessoas dentadas que receberam próteses totais imediatas e pessoas que receberam próteses totais novas. Dos grupos estudados, apenas o que recebeu próteses imediatas não apresentou uma melhora significativa na função mastigatória. O autor concluiu que uma melhora significativa na função oral não leva a uma mudança da mesma forma significativa na seleção de alimentos. Parece que as mudanças na dieta ocorrem apenas se os indivíduos recebem um aconselhamento nutricional profissional e individual.

A abordagem subjetiva da habilidade mastigatória do estudo de EKELUND (1989) reforçou a idéia de que muitos idosos identificam dificuldades como problemas que devem ser aceitos como normais. Este trabalho verificou ainda que pães crocantes foram citados com maior frequência como os alimentos que os idosos

gostariam de comer mas que não era possível devido a sua condição de saúde bucal. O autor questiona, então, se o hábito de molhar o pão, ou de oferecer alimentos fáceis de mastigar (comum em instituições), são corretos.

Para ETTINGER (1998), os idosos mais resistentes às mudanças de hábitos alimentares são os muito velhos, especialmente aqueles que sofrem de solidão, são infelizes, têm falta de memória ou senilidade, e aqueles que os problemas emocionais podem ser expressos em termos de uma dieta pobre rica em carboidratos. Muitos dos que vivem sozinhos subexistem com essas dietas porque alimentar-se é, acima de tudo, uma função social, quando se está só, perde-se o estímulo, e conseqüentemente muitos não se preocupam em cozinhar apenas para si. A ingestão de Ferro e vitaminas A e C tem sido relatada como sendo insuficiente em idosos usuários de dentaduras. Muitos idosos edêntulos tendem a rejeitar carne particularmente. A maioria desses idosos edêntulos cresceu durante um período em que a sociedade geralmente não poderia oferecer carne ou frutas frescas e vegetais, então eles não estão acostumados a comê-los.

2.8 O PRAZER DE COMER:

O prazer e a dor são duas experiências que podem, ou não, estar relacionadas ao corpo. Estas manifestações podem ser sensações (estímulos físicos), sentimentos/afetos (relacionados à psicologia), ou ainda uma terceira categoria intermediária, as percepções (SZASZ, 1976). O prazer pode ser considerado, de forma simplificada, como a ausência de dor ou ainda como resultado da satisfação de uma necessidade física premente. Entre outros significados da palavra prazer, como jovialidade, aparecem satisfação, deleite e delícia (FERREIRA, 1975). O prazer de comer não

consiste, entretanto, em apenas saciar a fome (físico), mas também em deleitar-se com os alimentos (saciar psicologicamente).

Autores como SMITH e SHEIHAM (1979) e EKELUND (1989) enfatizam a necessidade da manutenção dos dentes e próteses a fim de assegurar às pessoas o prazer de comer. Em relação à prática de processar alimentos para pessoas com dificuldades de mastigação, EKELUND (1989) questiona se este procedimento estimula o apetite dessas pessoas. Questiona, ainda, se não seria mais acertado reabilitar essas pessoas melhorando sua habilidade mastigatória.

Para muitas pessoas, comer é um dos poucos prazeres que permanece acessível. Em muitas ocasiões, as pessoas expressam uma considerável tristeza devido à impossibilidade de mastigar seus alimentos preferidos. Apesar de muitos alimentos serem excluídos da dieta, devido ao preço ou à dificuldade no preparo, é pior quando a variabilidade dos alimentos ingeridos é reduzida devido à dificuldade em mastigar os alimentos preferidos (HEATH, 1972).

No estudo de SMITH e SHEIHAM (1979), a dor foi um importante fator que afetava a habilidade de mastigação dos idosos, reduzindo o prazer de comer dos indivíduos. Devido à dor, 20% da amostra havia alterado a composição de suas refeições e a forma de preparo dos alimentos.

LAMY et al. (1999) avaliaram, em idosos institucionalizados da Bélgica, como um mal estado de saúde oral contribui para o desenvolvimento de desnutrição e associa-se com menor prazer de comer, dificuldade subjetiva de comer e aumento de consumo de alimentos na forma pastosa. Os autores concluíram que idosos com má saúde oral (neste estudo considerado como edentulismo nas duas arcadas sem uso de uma ou das duas próteses) tinham mais dificuldade em comer alimentos duros, comiam mais alimentos amassados e tinham menos prazer em alimentar-se.

MATEOS (1999) adverte que sentir dor ao mastigar com frequência gera inapetência e desnutrição, lembrando que, nos casos extremos, mais comuns do que se imagina, a dieta desses idosos acaba sendo composta de pão e café com leite em todas as refeições. No estudo de DIU e GELBIER (1989), 35% dos indivíduos tinham alguma dor orofacial ou desconforto. Destes, 14% tinham dor

ocasionalmente, 9% durante a alimentação e 5% durante toda ou a maior parte do tempo. Trinta por cento das pessoas do grupo disseram que não eram capazes de comer o que gostariam.

2.9 APARÊNCIA:

De acordo com BALDWIN (1980), a relação da estética e cosmética para a saúde oral, e mais particularmente para o comportamento em saúde bucal, é extremamente complexa e envolve muitas dimensões sociais, culturais e psicológicas que não estão claramente compreendidas.

Para WOLF (1998), atributos como beleza, integridade facial e ausência de dentes delimitam o campo no qual se produzem a avaliação e a auto-estima. A expressão "*os dentes são o cartão de visita da pessoa*", segundo a autora, revela a associação entre os dentes e a auto-imagem, mostrando sua importância para a aceitação do indivíduo pelo grupo social. A boa aparência e a demonstração de cuidados corporais indicam concordância com as normas de boa apresentação social. A manutenção da pessoa dentro dos padrões estipulados pela sociedade confere segurança e confiança. Quando se percebe fora desses padrões, ao contrário, o sujeito tende a ficar envergonhado e receoso quanto a sua aceitação.

Da mesma forma, MORIGUCHI (1990) afirma que com o envelhecimento a face e os lábios ficam encovados, o ser humano vai perdendo a beleza física e, perdendo esta beleza, não quer mais sair de casa ou ter atividades sociais, adquirindo um comportamento passivo e depressivo. No estudo de DIU e GELBIER (1989) a aparência das dentaduras ou dentes também era uma fonte de embaraço para 16% dos indivíduos. Alguns tinham vergonha em realizar atividades do dia-a-dia como alimentar-se e beijar (15%), rir (13%), além de sorrir e conversar (12%).

OOSTERHAVEN, WESTERT e SCHAUB (1989) investigaram a percepção e o significado da aparência dentária em três diferentes grupos, sendo um com espaços edêntulos anteriores reabilitados com próteses removíveis, outro composto de pessoas com ausência de pré-

molares e o último grupo constituído de pessoas com a dentição natural completa. O estudo revelou que o estado dentário influencia claramente na percepção e significado da aparência dos dentes. A perda de um dente anterior resultou em menos sentimentos positivos e mais sentimentos negativos, afetando substancialmente atividades do dia-a-dia. Os autores encontraram, ainda, um padrão geral de impacto da perda de pré-molares na estética bucal, resultado semelhante ao de CONS et al. (1983), que concluíram que a percepção da estética da aparência bucal é universal.

O papel do ambiente social na percepção da aparência dentária parece ser importante para adultos, porém não é claro (OOSTERHAVEN, WESTERT e SCHAUB, 1989). BALDWIN (1980) enfatiza a importância da aparência dentária em certas situações sociais como encontros entre pessoas jovens, procura de emprego e na conquista de amizades. Segundo o autor, menos de 15% das pessoas pensam que a aparência dentária não é importante.

A influência dos dentes na aparência para os outros e para os próprios indivíduos idosos foi investigada por STRAUSS e HUNT (1993). Para a população estudada, os dentes não influenciavam na aparência para si mesmo em 43% dos indivíduos e em 40% na aparência para os outros. Em contrapartida, os dentes tinham influência positiva para 44% e 46% na aparência própria e para os outros, respectivamente.

Alguns autores verificaram em seus estudos uma relação entre a estética e a função. De acordo com WOLF (1998), a preocupação com a estética é maior do que com a função dos dentes. Conclusão similar a de FRARE et al. (1997), que observaram em seu trabalho que a maior parte dos edentados (68,35%) usava prótese total superior por motivos estéticos, porém, não utilizava a prótese total inferior, alegando desconforto com a mesma.

2.10 FATORES PSICOLÓGICOS e PSICOSSOCIAIS:

Em 1987, ETTINGER afirmou que existem evidências sugerindo que estudos devem investigar a relação entre saúde oral e a função psicológica e social dos indivíduos. Para GIGLIO (1983), a pesquisa da Psicologia do Desenvolvimento tem acentuado cada vez mais a importância que assume o nascimento dos dentes para o psiquismo da criança. Os dentes tornam-se símbolos de força, de agressão e de independência. Da mesma forma, WOLF (1998) afirma que a erupção dentária constitui uma etapa importante na organização psíquica. As experiências culturais mais específicas fazem com que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida adquiram lugar de auto-referência e critério de aceitação social. Para os homens primitivos, os dentes eram rangidos nos momentos anteriores a batalhas com a finalidade de demonstrar agressividade e autoconfiança (MILOSEVIC, 1998).

Além das funções mais óbvias da dentição, tais como alimentação e agressão ao inimigo, existe um nível especificamente humano de análise, o nível psicológico. O principal aspecto psicológico da primeira dentição reside na mudança de atitude de passivo receptor para ativo destruidor. Para os seres humanos, os dentes passam a ser símbolos de força, de agressão, de atitude ativa, independente e, por isso também, perdê-los implica insegurança e ansiedade. (GIGLIO, 1983)

Enquanto relativamente pouca importância psicológica tem sido atribuída à perda dentária seus possíveis efeitos são reconhecidos. No estudo de FISKE et al. (1998), as emoções associadas à perda dentária foram similares ao processo de múltiplos estágios de aflição que incluem negação, raiva, depressão, barganha e aceitação. Esse processo ocorre devido ao dano à imagem corporal. Como a aparência dentária é uma parte integral da face e da auto-imagem, não é de se surpreender que muitos dos entrevistados nesse estudo demonstrasse sentimentos de tristeza e raiva em relação à essa perda.

Para o ser humano, perder os dentes, ou antecipar a experiência de perdê-los, implica, muitas vezes, desajustes psicológicos (GIGLIO,1983). Em uma

pesquisa realizada por WOLF (1998), houve manifestações indicativas de que a falta dos dentes leva a sentimentos de insegurança, impotência, não completude e vazio.

Para ATWOOD (1971), a reabsorção do rebordo residual, decorrente das extrações, é um dos maiores problemas odontológicos não solucionados e resulta em comprometimento físico, psicológico e econômico a milhões de pessoas em todo o mundo. FISKE et al. (1998) reforçam este relato quando afirmam que a perda dentária tem um impacto profundo na vida de muitas pessoas e que pode causar disfunção e limitação. Segundo os autores, isso afeta a mais pessoas do que imaginamos. Os pesquisadores ficaram surpresos com a profundidade dos sentimentos que existem em pessoas que estão aparentemente lidando bem com as dentaduras. Em nível profissional, para os autores, estes achados devem fazer-nos questionar a complacência com que nós podemos roubar a identidade das pessoas através da extração dentária. Isso traz à tona a questão de como se pode preparar as pessoas para a perda dentária e como se pode ajudá-las a aceitar isso. Também houve um consenso, entre os indivíduos dessa pesquisa, de que as pessoas não foram preparadas para enfrentar os sentimentos que surgiriam devido a perda dentária e o impacto que isso traria para suas vidas, mesmo se elas fossem capazes de usar dentaduras com relativo sucesso. Os dentistas têm dado pouca importância a essa situação talvez devido à falta de reconhecimento das necessidades de seus pacientes em lidar com perda dentária.

OOSTERHAVEN, WESTERT e SCHAUB (1989) realizaram um estudo com o objetivo de identificar o significado comportamental e psicológico da aparência dos dentes, e verificar se o aspecto dos dentes altera a sensação de bem-

estar. Foram avaliados três grupos: dente anterior perdido, pré-molares perdidos e dentição natural completa. Foram realizadas fotos dos integrantes de cada grupo, as quais foram avaliadas por dentistas e pessoas leigas. Os integrantes de cada grupo também deram um parecer sobre seu estado dentário. Segundo os autores, perder um dente anterior é inaceitável para o indivíduo, para os leigos e para o grupo de dentistas.

Segundo GILBERT et al. (1994), os pacientes podem dar maior importância para sintomas das doenças bucais ou ao impacto funcional e psicossocial dessas doenças quando determinam as suas necessidades de cuidado odontológico, ao invés de considerarem os sinais das doenças.

Verificou-se, no estudo dos idosos independentes do RIO GRANDE DO SUL (1997), que a saúde é uma das questões que mais preocupam os idosos. Fatores relacionados ao envelhecimento geram sentimentos de medo para o idoso, no que diz respeito às doenças incapacitantes, à perda da capacidade mental, dependência da família, institucionalização e/ou abandono pela família e morte. FISKE et al. (1998) relataram em seu estudo que o medo mascara muitos aspectos da vida das pessoas, situação que pode contribuir para o estresse associado ao ato de esconder a disfunção da perda dentária e da necessidade de uso de prótese.

Para BERKEY (1996), a diversidade dos pacientes faz ser necessária uma avaliação de múltiplas abordagens. Além de substanciais problemas médicos, históricos farmacológicos complexos e dependências funcionais envolvendo muitos pacientes idosos, há também a questão de complicadores psicológicos que podem influenciar significativamente no prognóstico dos procedimentos odontológicos.

Prestar atenção em questões psicossociais dos pacientes pode influenciar muito no prognóstico do cuidado odontológico.

Fatores psicossociais relevantes a saúde bucal são, segundo FREEMAN (1999a), ensinamentos que vêm do ambiente e que ajudam ou limitam o paciente a procurar cuidado. Na literatura odontológica, listas de fatores psicossociais são dadas para explicar a aversão dos pacientes ao cuidado odontológico e oferecer razões para a não colaboração com tratamentos e regimes preventivos. Estão incluídos nesses fatores a situação sócio-econômica, idade, gênero, etnia, percepção da necessidade, estados de ansiedade odontológica, sentimentos de vulnerabilidade e outros. A idéia de que fatores psicossociais podem estimular ou inibir a procura ao atendimento odontológico regular, através da influência da percepção de necessidade, pode ser ilustrada através do exame de variáveis demográficas. Por exemplo, pessoas de uma classe econômica alta mais do que de uma classe baixa, mulheres mais do que homens, jovens mais do que idosos, aqueles com acesso à transporte privado mais do que com acesso à transporte público, tendem a procurar mais regularmente por cuidado odontológico.

Dentre os fatores psicossociais, a ansiedade odontológica tem sido evidenciada como sendo uma das mais importantes barreiras em relação ao atendimento odontológico. Todavia, apesar de seus consideráveis medos em relação à odontologia, muitos pacientes aceitam o tratamento odontológico regular (FREEMAN, 1999a).

BERKEY (1996) conclui que o oferecimento de cuidado de saúde bucal qualificado para a crescente população de idosos requer que se considere mais

seriamente as dimensões social e psicológica dos pacientes. Uma avaliação abrangente é essencial para um cuidado odontológico de qualidade. A compreensão dos fatores que facilitam ou impedem os resultados de qualidade no idoso é muito importante. O dentista deve entender o paciente, além dos fatores de risco médico e queixas principais. Todos os fatores significantes que podem influenciar o cuidado geral do paciente devem ser identificados em bases de dados completas.

2.11 COMUNICAÇÃO:

A comunicação pode ocorrer de diferentes formas. Uma dessas formas é a fala, que é uma das principais características do ser humano. O folheto “O CUIDADO COM OS DENTES (19--)” afirma que os dentes são imprescindíveis para uma boa dicção.

Para GHI e MCGIVNEY (1979), os dentes são necessários para a obstrução da passagem do ar para uma produção apropriada de certos sons. A perda dos dentes produz um efeito marcante na produção da fala. A prótese dentária pode causar mudanças na ressonância e articulação na cavidade oral e pode resultar em problemas de fala. Em seu estudo, os autores verificaram que a propriocepção dos dentes influencia na articulação de palavras e a perda dos dentes resulta em um maior tempo gasto para pronunciar o /s/ na ausência de reposição protética. Da mesma forma, MORIGUCHI (1990) coloca que a perda dos dentes e o uso de prótese dificultam a pronúncia. Por exemplo, quando o idoso perde um dente anterior não consegue pronunciar corretamente o /s/ e o /t/.

Segundo SHAY e JONATHAN (1995), falar depende de um delicado e preciso posicionamento dos dentes, lábios, bochechas e língua. A função motora oral contribui para a fala e sofre mudanças com a idade. Em idosos saudáveis, entretanto, estas alterações não comprometem de forma perceptível o ato de falar.

No estudo de STRAUSS e HUNT (1993), a maioria dos idosos (56%) considerou que os dentes não tinham importância para falar, enquanto que 32% consideraram que os dentes tinham um efeito positivo e 12 % que os dentes tinham um efeito negativo na fala. Pesquisas têm evidenciado que, além da fala, os dentes são importantes nas expressões faciais que constituem uma forma de comunicação não-verbal (NAKATA, 1998), pois muitos componentes dessa modalidade de comunicação interpessoal giram em torno da boca e da parte inferior da face (SHAY e JONATHAN, 1995). De acordo com FREEMAN (1999b), 65% de todas as comunicações são não-verbais. A comunicação não-verbal ou sugestões são mais prontamente entendidas do que as palavras. Nesse caso, para pessoas em geral, as ações falam mais alto do que palavras.

2.12 SORRIR e RIR:

A importância de um sorriso é citada na literatura (O CUIDADO COM OS DENTES, 19--; WOLF,1998).

Para WOLF.(1998), o sorriso em nossa sociedade tem conotações bastante significativas pois anuncia bem estar, alegria, segurança, auto-satisfação, satisfação em relação ao outro, boa acolhida à aproximação. É uma mensagem ritual de oferenda e receptividade. Contudo, a função do sorriso não se completa na ausência dos dentes, pois produz-se aí uma falta no que se queria demonstrar. A inibição do sorriso tem conseqüências, pois desconstrói a postura desejável, diminui a auto-estima, impede a demonstração da alegria e do acolhimento, prejudica o convívio social. Segundo um estudo da autora, que teve como objetivo compreender os aspectos psicológicos da perda dentária em usuários de próteses e implantes, um belo sorriso e dentes saudáveis parecem ser signos importantes de auto-representação para o grupo estudado.

No estudo de STRAUSS e HUNT (1993), a maioria dos idosos (58%) considerou que os dentes não tinham importância nos atos de sorrir e rir, enquanto 31% consideraram que os dentes tinham um efeito positivo nessas ações. Os demais idosos consideraram que os dentes tinham um efeito negativo.

2.13 SEXUALIDADE:

De acordo com RISMAN (1998), a sexualidade tem sido vista pelas civilizações por muitos séculos como sinônimo de sexo e diretamente ligada à reprodução. Na verdade, a amplitude das manifestações da sexualidade é muito maior do que se pode imaginar. Para os idosos, existem inúmeras formas para manifestar sua sexualidade dentro de suas relações e seus afetos, através, por exemplo, do toque, do olhar, do abraço, do beijo e até de formas indiretas, como prestar cuidados a seu parceiro ou sua parceira. Talvez, em virtude deste equívoco, a questão da sexualidade dos idosos seja tão controversa.

Para MORIGUCHI (1990), na velhice já não existe mais o interesse sexual, o aposentado já não tem o seu trabalho, as atividades sociais vão diminuindo e o idoso perdendo a vontade de viver. Isso faz com que a hora de alimentar-se muitas vezes seja o único sentido da vida.

Outros estudos discordam desse ponto de vista. Na pesquisa sobre o perfil do idoso independente do RIO GRANDE DO SUL (1997), em resposta à questão sobre o sexo na velhice, 33,65% o valorizaram, 8,39% consideraram o sexo natural, 8,48% o consideraram necessário e 6,78% muito importante. Para 10,42% dos idosos, o sexo tem sido menos intenso. Também é significativo o índice dos que não sabem ou não quiseram falar sobre a sua sexualidade. Para esses idosos, a afetividade é demonstrada preferencialmente através de carinhos, conversas e companheirismo entre

os familiares, filhos e cônjuge e o prazer sexual encontra-se vinculado ao companheirismo, atenções especiais, carinhos e toques.

No estudo de FISKE et al. (1998), um número de pessoas relatou o efeito da perda dentária em relacionamentos íntimos. Segundo WOLF (1998), a atenção visual dirigida à boca promove sensações que chegam a atingir as relações afetivas e a própria sexualidade. Dentre os sujeitos que se manifestaram sobre a influência da perda dos dentes na vida afetiva e sexual, 90% afirmaram que houve algum tipo de alteração nessa área.

2.14 CUIDADOS E HIGIENE BUCAL:

Os cuidados de higiene são de muita importância na manutenção da saúde bucal. Diversos autores evidenciam a relação da falta de higiene ou higiene inadequada com as doenças bucais como cárie, gengivite e doença periodontal, candidíase além de outras alterações como mau hálito.

ETTINGER (1992) afirma que, devido à falta de conhecimento, de treinamento e de tempo, a higiene oral de idosos institucionalizados é insuficiente. Como a cárie e a doença periodontal são doenças infecciosas causadas pela colonização de bactérias nos dentes, a higiene diária é importante para a manutenção da saúde bucal. A formação de placa em dentaduras e a colonização por fungos, como a *Candida Albicans*, resultam em lesões na mucosa. Assim, a limpeza diária das dentaduras também deve ser incluída na rotina diária de higiene dos pacientes.

Segundo SANT'ANNA et al. (1992), as próteses totais tornam possível a manutenção da cavidade bucal em um grau de higiene muito superior quando comparadas aos dentes naturais e próteses fixas. Porém, a higiene incorreta de próteses, além de causar alterações inflamatórias nos tecidos de sustentação, pode causar desgaste nos dentes de acrílico e das estruturas da base e também odor desagradável. O mau hálito causa uma impressão desagradável às pessoas e muitas vezes é causado por doenças bucais (O CUIDADO COM OS DENTES, 19--).

UNFER e SALIBA (2000) avaliaram o conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal de usuários do serviço público de saúde da zona urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Com relação à conservação dos dentes, a maioria dos entrevistados acredita que os dentes possam durar a vida toda, caso haja responsabilidade individual pelo autocuidado e a procura pelo dentista. Porém, 30,8% não acreditam na durabilidade dos dentes ao longo da vida. Segundo os autores, esses dados podem estar relacionados a experiências próprias vividas pelas pessoas, como a perda dentária, ou fatos ocorridos com pessoas próximas.

De acordo com WOLF (1998), os pacientes associam prioritariamente a perda dentária a fatores como a falta de cuidados. Culpam-se por não terem tratado de seus dentes adequadamente, e aos pais por não terem dado boa orientação, sem negar uma associação entre perda dos dentes e envelhecimento.

FRARE et al. (1997) enfatizam que há a necessidade de uma conscientização do idoso referente à sua saúde bucal, pois esta encontra-se debilitada. No estudo de DIU e GELBIER (1989), muitos idosos sentiam que eles não deviam incomodar ao dentista devido à idade, ou que o dentista não queria vê-los. Esses pontos de vista têm implicações importantes tanto para a educação do paciente quanto para o treinamento profissional. Para MARIÑO (1994), a frequência decrescente das visitas ao dentista a medida que a idade avança deve-se, possivelmente, a uma percepção pouco realista e à tendência a aceitar como normal a má saúde bucal.

2.15 O ESTIGMA DO ENVELHECIMENTO:

Para grande parte da população, a velhice é sinônimo de pobreza no aspecto econômico, inatividade no laboral, marginalidade na vida social e cultural e

enfermidade na âmbito de saúde (DUARTE, 1999). Em relação à cavidade oral, o imaginário popular está impregnado da associação entre velhice e ausência de dentes. Na literatura, na pintura e nas fotografias, o velho é sempre representado sem os dentes (WOLF,1998).

A imagem corporal perfeita em nossa sociedade consiste em juventude, beleza, vigor, integridade e saúde. Em contrapartida, o estado de edentulismo está associado com a população idosa. Conseqüentemente, a perda dentária representa a perda final da juventude, feminilidade e virilidade (FISKE et al.,1998).

PADILHA et al. (1998a), enfatizaram a necessidade de desestereotipar a doença odontológica como um processo inexorável e inevitável do envelhecimento. O estereótipo do velho desdentado é gerador de preconceito e desatenção no que tange aos processos de prevenção e controle da saúde bucal de pacientes idosos. Já no estudo de FISKE et al. (1998), houve um sentimento geral de que o edentulismo era algo que acontecia com idosos, mas não com os pesquisados.

Para MACENTEE (1996), um foco na carga da doença bucal nos dá uma visão irreal de negligência oral em populações idosas, e isso perpetua o pessimismo do envelhecimento como um período de extremo declínio e degeneração. ATCHISON, DER-MARTIROSIAN e GIFT (1998), alertam que as percepções sobre o efeito da doença no estado de saúde bucal podem mudar com o envelhecimento da pessoa.

Entre os idosos do RIO GRANDE DO SUL (1997), a saúde é, de uma forma geral, uma das questões que mais preocupam àqueles que estão envelhecendo. Dentre os vários motivos associados a essas preocupações e relacionados ao processo natural de envelhecimento, destacam-se a diminuição da capacidade física, restrições à autonomia e à independência, perda de familiares e amigos e carência de recursos econômicos para o seu sustento. Esses fatores geram, para o idoso, sentimentos de medo, no que diz respeito às doenças incapacitantes, à perda da capacidade mental, dependência da família, institucionalização e/ou abandono pela família e morte.

Para MACENTEE (1996), não há dúvidas de que os idosos que foram entrevistados em seu estudo enfatizaram fortemente a necessidade de adaptação e desenvolvimento como parte integral do envelhecimento bem sucedido.

2.16 SAÚDE GERAL:

Diversos autores encontraram relação entre problemas dentários e comprometimento da saúde geral. HOLLISTER e WEINTRAUB (1993) afirmam que observações clínicas feitas por profissionais de saúde, assim como relato de pacientes, indicam uma forte relação positiva entre comprometimento da saúde bucal e saúde geral. MORIGUCHI (1990) igualmente lembra que a perda da beleza por falta de dentes e a diminuição da atividade social aumentam o fator de risco de arteriosclerose cerebral. Desta forma, a perda dos dentes, entre outras alterações, também provoca o envelhecimento cerebral.

NAKATA (1998) verificou, em sua revisão de literatura, que havia uma tendência dos idosos capazes de mastigar com seus dentes naturais de se manterem independentes em relação a suas atividades diárias, enquanto aqueles sem dentes e/ou dentaduras tinham dificuldade em realizar sozinhos suas atividades diárias ou eram acamados. Outros estudos indicam que a mastigação pode contribuir na ativação da circulação sanguínea cerebral e no metabolismo da função cerebral. Também é sugerido que a mastigação pode ser efetiva na prevenção da demência senil através da manutenção de um bom fluxo sanguíneo no cérebro.

Segundo LIMEBACK (1998), diversos relatos de casos de infecções odontogênicas, progredindo para diferentes formas de infecções sistêmicas, têm sido verificados. Podem ser citados, como exemplos, abscessos no cérebro, pulmão e fígado, meningite, osteomielite, e infecção em próteses de articulações em pacientes idosos. Também a endocardite bacteriana (HOLLISTER e WEINTRAUB, 1993) é frequentemente associada à flora bucal e tratamento odontológico, sendo verificado

um aumento na frequência de casos em idosos. LIMEBACK (1998) sugere uma possível relação entre má higiene oral e doença periodontal severa com pneumonia de origem bacteriana em idosos institucionalizados.

2.17 QUALIDADE DE VIDA:

A qualidade de vida pode ser descrita como uma variedade de capacidades, limitações, sintomas e características psicossociais que demonstram a habilidade dos indivíduos em obter satisfação de uma variedade de papéis (GIFT e REDFORD, 1992). A importância dos dentes em relação à qualidade de vida também pode ser verificada na literatura.

Segundo GIFT e REDFORD (1992) e STRAUSS e HUNT (1993), apesar das doenças dentárias raramente ameaçarem a vida, elas influenciam na qualidade de vida. De acordo com HOLLISTER e WEINTRAUB (1993), o efeito dos problemas dentários sobre a qualidade de vida se dá através de dor, comprometimento da estética facial e bucal, da mastigação, da fala, na redução do desejo de interagir socialmente e na sensação de bem-estar. Cáries, doença periodontal, e câncer bucal, assim como distúrbios funcionais como disfunção temporomandibular, xerostomia, edentulismo, fissuras lábio-palatinas e maloclusões severas, podem comprometer a qualidade de vida.

Para GIFT e REDFORD (1992), a cavidade oral contribui para a qualidade de vida desde o nível biológico mais básico, como proteção contra infecções sistêmicas, mastigação e deglutição, até os níveis sociais e psicológicos, através da

auto-estima, comunicação e estética facial. REISINE et al. (1989) verificaram que os indicadores de qualidade de vida são sensíveis ao impacto das condições dentárias e que essas diferenças são evidentes de acordo com o tipo de condição. O estudo de JOKOVIC e LOCKER (1997) sugere que a qualidade de vida dos idosos está comprometida em proporções substanciais pela condição bucal e suas seqüelas.

De acordo com EKELUND (1989), os dentes contribuem significativamente para a qualidade de vida. Na reabilitação da condição física, psicológica e social do idoso, a reabilitação da função mastigatória é de maior importância. Para os idosos, a capacidade funcional parece ter um significado adicional na qualidade de vida (GIFT e REDFORD, 1992).

SLADE (1998) realizou um estudo longitudinal para determinar as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Foram avaliadas 498 pessoas dentadas, com 60 anos ou mais, moradoras do sul da Austrália. O instrumento utilizado para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi o Oral Health Impact Profile (OHIP). Foram avaliados três fatores de risco hipotéticos: perda dentária, motivo de visitas ao dentista e condição financeira. Segundo a autora, as medidas de qualidade de vida captaram mudanças de forma bidirecional, criando novas complexidades para a análise dos dados. Um resultado interessante foi relativo à perda dentária, que causou alterações simultâneas e contrastantes, reduzindo a qualidade de vida de algumas pessoas e melhorando a de outras. É possível que em um mesmo indivíduo possa ocorrer este fenômeno, uma vez que a perda dentária causa melhoras em um aspecto da qualidade de vida e decréscimo em outros.

Para JOKOVIC e LOCKER (1997), cuidado odontológico deve associar a saúde bucal e a qualidade de vida.

2.18 AUTO-PERCEPÇÃO:

LOCKER (1997) afirma que, na atualidade, muitos autores têm voltado seus arsenais de pesquisa para avaliações de saúde subjetiva acompanhadas da comparação de avaliações profissionais acerca da saúde dos pacientes.

Segundo MATTHIAS et al. (1995), após muitos anos medindo apenas as doenças dentárias, os pesquisadores da área odontológica começam a incluir medidas subjetivas que refletem a avaliação do estado de saúde bucal dos próprios pacientes. Muitas dessas medidas incluem número de dentes, dor, preocupação, aversão a conversas, saúde bucal, satisfação com a saúde bucal e valores da aparência. De acordo com os autora, o que falta nesta área de pesquisa é uma avaliação completa dos valores relacionados à auto-determinação da saúde bucal quando da utilização de uma combinação de aspectos clínicos, sócio-demográficos, e variáveis de saúde geral.

Uma variedade de indicadores de auto-percepção de saúde bucal tem sido desenvolvida (ATCHISON, DER-MARTIROSIAN e GIFT, 1998) com o propósito de melhor compreender os problemas do ponto de vista dos indivíduos, bem como o impacto resultante destes problemas.

De um ponto de vista prático, a auto-avaliação de saúde é importante pois pode ter um grande impacto na utilização de serviços. Recentes trabalhos mostram

que a principal razão para não se utilizar o serviço odontológico, é a percepção errada de necessidade de tratamento (MATTHIAS et al., 1995). GILBERT et al. (1994) afirmam que a necessidade percebida tem sido identificada como uma importante correlação e preditora de procura ao cuidado odontológico. Segundo MANN et al. (1990), o reconhecimento, por parte dos idosos, da importância de revisões de rotina é tão crucial para a saúde dentária quanto a acessibilidade ao serviço. Apenas a combinação de ambos vai induzir a população potencial em todas as idades, e especificamente o idoso, a esse comportamento odontológico que os dentistas e os profissionais de saúde bucal desejam.

EKELUND (1989) verificou em seu estudo que a auto-avaliação dos indivíduos, em relação a sua habilidade mastigatória, em geral é mais otimista que os resultados de testes funcionais, pois também inclui outros aspectos da mastigação, como a capacidade de adaptação e fatores psicológicos. MATTHIAS et al. (1995) realizaram um estudo buscando determinar a relação entre escores de saúde subjetiva e medidas clínicas, sócio-demográficas, de saúde física e mental de um grupo de idosos saudáveis da região urbana de Los Angeles. Foram avaliadas 550 pessoas com mais de 65 anos, sendo 89% da amostra composta de mulheres brancas. De acordo com os resultados, o aspecto clínico da presença de dentes cariados-perdidos-obturados (CPO) não está fortemente relacionado à auto-avaliação da saúde bucal, ao contrário da simples medida de dentes perdidos. Há uma forte relação entre auto-avaliação de saúde bucal e preocupação com os próprios dentes, aparência, dentes perdidos e taxas de saúde geral, indicando que a auto-avaliação de saúde bucal não deve ser necessariamente ignorada como uma medida adequada de saúde bucal em idosos, particularmente se o exame clínico não for viável.

LOCKER (1997) realizou um estudo longitudinal com pessoas canadenses, funcionalmente dependentes, com 50 anos ou mais, a fim de investigar mudanças na auto-percepção do estado de saúde bucal. Neste estudo, apenas a perda dentária foi associada significativamente a mudanças na auto-percepção. O fato de interesse foi que valores similares de perda dentária foram encontrados, tanto nos indivíduos que relataram piora na sua saúde bucal, quanto naqueles que relataram melhoria. A média de dentes perdidos também foi similar entre estes grupos. Entre os indivíduos que relataram melhora em sua saúde bucal e sofreram perda dentária, houve um declínio na prevalência de dor de dente (de 11,5%, em 1989, para 3,8%, em 1992) e de sensibilidade dentária (de 26,9%, em 1989, para 19,2%, em 1992). Segundo o autor, os dados não permitem o esclarecimento completo de por que houve uma associação entre perda dentária e a pior e melhor auto-percepção da saúde bucal. Porém, é intuitivamente óbvio que esta alteração vai depender da condição e do estado funcional do dente perdido e/ou da sua posição na arcada dentária. Também deve haver uma relação com o tipo e a qualidade da reposição protética. Os dados também sugerem que a mudança nos sintomas dolorosos, após perda dentária, pode ser importante.

O estudo de GILBERT et al. (1994) teve por objetivo determinar a influência de sinais específicos da boca, sintomas, impacto psicossocial da doença, atitude frente ao cuidado bucal, atitude frente a saúde bucal e a condição sócioeconômica no desenvolvimento da necessidade percebida para cuidados odontológicos em idosos. Os resultados deste estudo mostraram que os pacientes podem dar maior importância para sintomas das doenças bucais, ou ao impacto funcional e psicossocial dessas doenças, quando determinam as suas necessidades de cuidado odontológico, ao invés de considerarem os sinais das doenças.

Segundo ATCHISON et al. (1993), em muitos estudos o estado de saúde bucal foi analisado baseado em indicadores clínicos de doença. Esta abordagem sugere uma visão limitada da saúde bucal que tem sido questionada por muitos pesquisadores, que sugerem que fatores sociais e comportamentais devem ser

adicionados e considerados. De acordo com a autora, a literatura médica diferencia os conceitos de estado de saúde e doença. Estado de saúde inclui saúde física, mental e social. Medidas de doença como sintomas, sinais e medidas fisiológicas, como estado funcional, são incluídos no conceito de estado de saúde. Dente cariado ou perdido representa apenas um fator em todo o estado de saúde. A percepção de saúde bucal do paciente inclui preocupações comportamentais e funcionais como habilidade de mastigar alimentos adequadamente, estar livre de dor ou desconforto e ser capaz de cumprir seu papel social completamente.

Para MATTHIAS et al. (1995), a percepção individual do estado dentário está relacionada a efeitos positivos e negativos. Apesar de indivíduos idosos terem doenças e problemas dentários, eles geralmente consideram positivamente seus estado dentário.

DOLL (1998) afirma que a saúde subjetiva está relacionada intimamente com a satisfação subjetiva dos pacientes. Segundo o autor, isso vale especialmente para as pessoas idosas, para as quais a saúde assume uma maior importância, tendo em vista um maior número de doenças que muitas vezes coexistem no mesmo período.

Segundo JOKOVIC e LOCKER (1997), a expressão da satisfação e insatisfação são importantes indicadores do estado de saúde, uma vez que eles sintetizam o estado normativo de saúde, respostas subjetivas, expectativas e valores de base cultural. Estes autores realizaram uma pesquisa para determinar a insatisfação com a saúde bucal de pessoas idosas e identificar os fatores associados a essa insatisfação. A maioria das pessoas viu sua saúde oral de forma favorável e

freqüentemente os leigos discordaram das necessidades definidas pelos profissionais, tendo as medidas clínicas da doença (sinais e/ou sintomas) um poder preditivo fraco das percepções dos pacientes a respeito da saúde bucal. Uma razão óbvia para essa fraca associação entre as variáveis clínicas e a insatisfação observada é o fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e parecem desconhecidas das queixas individuais. Para os autores, uma futura implicação potencial destes resultados é que o atendimento odontológico não melhorará substancialmente a satisfação do paciente com sua saúde bucal se não tiver impacto na condição oral no dia-a-dia, ou seja, se não melhorar a saúde bucal como é percebida pelo paciente. Dessa forma, o cuidado odontológico não deve restringir-se a um enfoque baseado na doença.

GAMA et al. (2000) realizaram um estudo centrado na doença e encontraram um achado inesperado, no qual os idosos independentes em relação ao uso de transporte se percebem com um pior estado de saúde que idosos com algum grau de dependência. Os autores sugerem cautela na interpretação de dados de auto-percepção de saúde relacionados à qualidade de vida, ainda que tal associação sem dúvida exista.

ELIAS e SHEIHAM (1999) realizaram estudos para avaliar a percepção subjetiva da satisfação em relação ao número, posição e condição de dentes naturais em adultos brasileiros. No estudo longitudinal, foram avaliadas 126 pessoas com idade inicial entre 45 e 54 anos. No estudo transversal, foram avaliados 657 pessoas com idade de 35 a 54 anos. Nestes estudos, pessoas com perda de alguns elementos dentários estavam tão satisfeitas quanto as pessoas com dentição completa. Pares de

pré-molares tiveram a maior correlação com satisfação nos estudos. De acordo com os resultados obtidos, os indivíduos que mantiveram três pares de pré-molares e os sextantes anteriores intactos estavam satisfeitos com sua saúde oral.

Segundo ATCHISON et al. (1993), é lógico que os fatores que influenciam a avaliação da saúde bucal pelo dentista não são os mesmos que influenciam a avaliação pelo paciente. A perda de um dente anterior pode ser percebida pelo paciente como mais danosa à sua saúde (em termos de problemas de dicção e embaraço social) do que a perda de um dente posterior. A disparidade nos fatores que influenciam a avaliação da saúde bucal pode ter importantes implicações para o tratamento se o dentista e o paciente não concordarem na quantidade e no tipo de tratamento requerido.

3. PROPOSTA

Como é possível perceber, a literatura está repleta de informações sobre a importância dos dentes e próteses para o ser humano.

A proposta deste estudo foi verificar, através de uma abordagem qualitativa, a importância dos dentes e próteses para três diferentes grupos de idosos, bem como a influência no cotidiano dessas pessoas.

Este estudo procurou, ainda, correlacionar as condições clínicas dos dentes, o número e o tipo de próteses utilizadas pelos indivíduos com suas percepções.

Exames clínicos dos tecidos moles da cavidade bucal foram realizados, ainda que este estudo tenha tido o foco na importância de dentes ou próteses. Os dados obtidos foram correlacionados com os relatos dos idosos.

4. PACIENTES E MÉTODOS

Este é um estudo qualitativo e quantitativo sobre a importância dos dentes para as pessoas idosas. A etapa qualitativa foi realizada através da análise de conteúdo de entrevistas, enquanto que a etapa quantitativa foi baseada em exames clínicos do estado dentário e da mucosa bucal. Esta pesquisa foi desenvolvida em três grupos sociais distintos, sendo eles asilados em uma instituição filantrópica, asilados em uma instituição particular e idosos independentes.

4.1. OS GRUPOS:

Os coordenadores dos três grupos estudados foram contatados previamente, momento em que foram explicados os objetivos do trabalho e os métodos da pesquisa.

O primeiro grupo avaliado foi de um asilo particular de São Leopoldo, Região Metropolitana de Porto Alegre. O Lar Moriá atende em torno de cinquenta idosos e é administrado pela Irmandade da Casa Matriz de Diaconisas, da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil.

O segundo grupo foi um asilo filantrópico de Porto Alegre, o Amparo Santa Cruz. Esta instituição atende em torno de sessenta idosos e é administrada por padres da Igreja Católica.

O último grupo avaliado consiste em idosos independentes que se reúnem em Porto Alegre, na Universidade para Terceira Idade (UNITI). A UNITI é uma atividade realizada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através do Instituto de Psicologia (Departamento de Psicologia Social e Institucional), e reúne aproximadamente 100 idosos por semestre em suas atividades.

Todos os três grupos são compostos de idosos de ambos os sexos.

4.2. O CONSENTIMENTO INFORMADO:

Os sujeitos foram esclarecidos dos objetivos do estudo e das implicações de sua participação, recebendo garantia de sigilo, anonimato e possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento. Os pacientes, que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de Consentimento Informado (Anexo II), do qual receberam uma cópia.

Após o consentimento, foram realizados exames clínicos e entrevista gravada.

4.3. OS EXAMES CLÍNICOS:

Os exames clínicos foram realizados no leito ou em cadeira comum nos indivíduos institucionalizados e em cadeira comum nos idosos independentes. Foram utilizados iluminação artificial frontal, odontoscópio, sonda exploradora e periodontal, pinça e espátula de madeira. Primeiramente, foram registrados os dados pessoais do sujeito (nome, idade, profissão e escolaridade), após foi feita uma avaliação do estado dentário, e, por último, verificaram-se as condições da mucosa bucal. Estes dados foram registrados em uma ficha clínica individual e numerada (Anexo III).

Os exames foram executados por um aluno do curso de Doutorado em Estomatologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), sendo os resultados ditados e então anotados por um auxiliar, na ficha clínica.

A avaliação do estado dentário dos idosos foi realizada segundo os critérios da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS (1997). O exame iniciou no dente 18 (ou espaço correspondente), passando pelos quadrantes 10, 20, 30 e 40, em sentido horário, até o dente 48.

Os dentes foram considerados presentes quando alguma parte destes era visível. Os códigos utilizados para classificação dos dentes presentes e perdidos foram os seguintes:

QUADRO 1: Códigos utilizados para classificação dos dentes presentes e perdidos e descrição do estado dentário.

Código	Estado dentário
0	Hígido
1	Cariado
2	Restaurado com cárie
3	Restaurado sem cárie
5	Perdido por outras razões
7	Pilar de próteses, coroas parciais ou implante
9	Dente excluído

O código 4 (perdidos por cárie) não foi utilizado devido à impossibilidade de determinação da causa da perda dentária.

O código 6 (Selante ou verniz) não teve nenhuma ocorrência.

O código 8 (não erupcionado) não foi utilizado, pois não foram feitos exames radiográficos dos pacientes.

Na avaliação da mucosa bucal, foi realizada uma abordagem sistemática da cavidade oral (KRAMER et al., 1980). As regiões da cavidade bucal foram examinadas na seguinte ordem: lábios, mucosa labial, mucosa jugal, gengiva e

processos alveolares, língua, assoalho bucal e palato. Os critérios de diagnóstico clínico foram os mesmos utilizados no trabalho de MARTINS NETO e PADILHA (2000).

4.4. A ENTREVISTA:

Após o exame clínico, foi realizada uma entrevista aberta individual com cada paciente, que foi iniciada com as seguintes perguntas:

Qual a importância dos dentes e/ou próteses para você? Qual influência você acha que seus dentes ou próteses têm em seu dia-a-dia?

A partir das respostas obtidas, foram formuladas outras perguntas visando a estimular o entrevistado a dar maiores informações, bem como verificar a sua satisfação quanto a seus dentes e próteses em relação aos quesitos que influenciam no seu dia-a-dia. As respostas foram gravadas em fita magnética com microgravador. A transcrição foi realizada no mesmo dia, no intuito de ser possível registrar as manifestações comportamentais/emocionais não passíveis de registro no gravador.

4.5. A ANÁLISE DE CONTEÚDO:

A análise de conteúdo das entrevistas foi realizada de acordo com o método proposto por BARDIN (1977). Para o presente estudo, foi utilizada a técnica de análise categorial.

As entrevistas foram organizadas, codificadas e categorizadas de acordo com a proposta de BARDIN (1977). Após estas etapas, o conteúdo dos relatos de cada grupo foi relacionado aos dados da literatura, dados clínicos e as entrevistas dos outros grupos. A partir desses cruzamentos, foram feitas as inferências sobre os

resultados. Os cruzamentos dos dados e as inferências compõem o capítulo 5 - DISCUSSÃO.

4.6. A ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Os dados quantitativos foram tabulados e organizados de acordo com os grupos. Posteriormente foram submetidos à análise estatística, conforme as características dos dados. Os testes utilizados foram: Análise de Variância (ANOVA), Diferença Mínima Significativa (DMS) e Qui-quadrado através do programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 8.0. Nos dados não submetidos a testes estatísticos, foi utilizada a estatística descritiva.

5. RESULTADOS

Do total de 118 pacientes contatados, 31 eram idosos independentes, 44 estavam institucionalizados no lar filantrópico e 43 estavam na instituição particular. Destes pacientes, obteve-se um total de 90 entrevistas, uma vez que alguns pacientes apresentavam quadros nos quais não foi possível realizá-las. Das 90 entrevistas obtidas, 31 foram dos idosos independentes, 23 dos idosos do lar filantrópico e 36 dos idosos da instituição particular. Um total de 28 idosos não apresentaram condições de serem entrevistados. Os idosos que responderam a entrevista compõe as amostras estudadas.

O conteúdo das entrevistas será apresentado e analisado na etapa de discussão.

A tabela seguinte mostra a média de idade dos pacientes estudados de acordo com o grupo de origem.

TABELA 1 - Média de idade de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Média de idade (desvio padrão)
UNITI	69,35 (4,80) A
Asilo Filantrópico	69,43 (7,17) B
Asilo Particular	84,61 (5,92) AB

p<0,0001 As médias assinaladas com letras iguais apresentaram diferença estatística a 0,5 no DMS

Os idosos do asilo particular apresentaram a média de idade mais elevada em relação aos outros dois grupos. Nos idosos independentes, a idade variou de 60 a 82 anos, enquanto no asilo filantrópico a idade variou de 60 a 86 anos. No asilo particular a idade menor e maior dos pacientes estudados foi 70 e 96 anos respectivamente. As amostras apresentaram diferenças estatisticamente significantes para a idade (ANOVA - p<0,0001).

A distribuição por gênero em cada grupo é detalhada na tabela a seguir:

TABELA 2 - Distribuição por gênero de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Gêneros		Total
	Feminino (%)	Masculino (%)	
UNITI	28 (90,3)	3(9,7)	31
Asilo Filantrópico	10 (43,5)	13 (56,5)	23
Asilo Particular	31 (86,1)	5 (13,9)	36
Total	69(76,6)	21(23,4)	90

$X^2 = 19,19$ $p = 0,0001$

A diferença na distribuição por gênero é mais marcante entre os idosos independentes e os residentes no asilo particular em comparação aos do asilo filantrópico. Neste grupo, a proporção de idosos entrevistados foi de 43,5% de idosos do gênero feminino e 56,5% do gênero masculino. O teste Qui-quadrado mostra que os grupos são heterogêneos entre si, porém este resultado não se repetiu na comparação dos idosos independentes com os do asilo particular.

A tabela a seguir mostra as médias obtidas dos índices CPOD dos idosos de cada grupo:

TABELA 3 - Média dos índices CPOD de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Média do CPOD (desvio padrão)
UNITI	24,26 (5,57) AB
Asilo Filantrópico	28,57 (3,75) A
Asilo Particular	28,64 (5,12) B

$p = 0,0009$ As médias assinaladas com letras iguais apresentaram diferença estatística a 0,5 no DMS

A média dos índices CPOD foi inferior nos idosos independentes. A análise estatística (ANOVA-DMS) comprova a diferença da média do CPOD dos idosos independentes em relação aos

idosos das instituições filantrópica e particular. Não houve diferença estatística entre as médias do asilo filantrópico e do asilo particular.

Na tabela seguinte, são apresentados os números de dentes hígidos (correspondente ao código 0 do índice CPOD) e dos dentes cariados (somatório dos dentes cariados, código 1, e restaurados com cárie, código 2, do CPOD).

TABELA 4 - Número de dentes hígidos e restaurados com cáries e/ou cariados de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Dentes	Hígidos	Cariados
UNITI		118	88
Asilo Filantrópico		34	51
Asilo Particular		29	54

$X^2 = 14,93$ $p = 0,0006$

No grupo de idosos independentes, de um total estimado de 992 dentes 118 estavam hígidos, representando 11,9% do total, enquanto 48,6% foram perdidos e 8,9% estavam cariados. No asilo filantrópico, 604 dentes (82,1%) foram perdidos dos 736 estimados para a amostra, 6,9% estavam cariados e apenas 4,6% permaneciam hígidos. Dos 1152 dentes estimados para o grupo de idosos do asilo particular, 124 eram remanescentes e destes 29 (2,5%) estavam hígidos, 54 (4,7%) estavam cariados. Foram perdidos 950 dentes (82,5%) neste grupo. A análise estatística dos dados mostra que os grupos são heterogêneos em relação a esta característica, porém não há diferença estatística entre os asilados das duas instituições.

A tabela a seguir mostra o total de dentes remanescentes e o total de dentes perdidos em cada um dos grupos.

TABELA 5 - Número de dentes remanescentes e perdidos de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

	Dentes	Remanescentes	Perdidos
Grupos			
UNITI		510	482
Asilo Filantrópico		132	604
Asilo Particular		202	950

$X^2 = 356,96$ $p < 0,0001$

Os idosos independentes apresentaram um maior número de dentes remanescentes em comparação aos dentes perdidos. Nos demais grupos, houve uma inversão nestes dados. A diferença na distribuição dos dados entre os três grupos foi estatisticamente significativa, porém a análise isolada dos idosos institucionalizados mostrou mais uma vez não haver diferença entre estes dois grupos.

O número de próteses de cada grupo é apresentado na Tabela 6. As próteses fixas equivalem ao número de dentes pilares. As próteses removíveis são o resultado do somatório de próteses totais e próteses parciais removíveis.

TABELA 6 - Número de próteses fixas e removíveis de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

	Tipo de prótese	Próteses Fixas	Prótese Removíveis	Total
Grupos				
UNITI		120	33	153
Asilo Filantrópico		0	17	17
Asilo Particular		78	58	136

$X^2 = 47,01$ $p < 0,0001$

Os idosos do asilo filantrópico não apresentaram nenhuma prótese fixa e apenas dezessete próteses removíveis. Os idosos independentes apresentaram o maior número de próteses fixas, enquanto os idosos do asilo particular apresentaram um maior número de próteses removíveis. Duas pacientes do grupo da UNITI apresentaram implantes. Uma já estava reabilitada com próteses fixas, a outra estava na etapa pós-cirúrgica aguardando a osteo-integração.

O teste estatístico comprova a heterogeneidade entre os grupos em relação ao número de próteses.

A tabela seguinte apresenta um detalhamento das próteses removíveis, totais e parciais, e a suas distribuições nas arcadas superiores e inferiores:

TABELA 7 - Número de próteses totais e próteses parciais removíveis por arcada de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Próteses	Prótese Total		Prótese Parcial		Total de Próteses	
		Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
UNITI		7	2	10	14	17	16
Asilo Filantrópico		11	5	0	1	11	6
Asilo Particular		22	16	8	12	30	28

Nos pacientes institucionalizados, tanto no asilo filantrópico quanto no particular, verificou-se um maior número de próteses totais. Em contrapartida, os idosos independentes apresentam maior quantidade de próteses parciais removíveis.

O número de idosos edêntulos é apresentado na tabela a seguir:

TABELA 8 - Número de idosos edêntulos, de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Idosos edêntulos
	(% em relação ao total do grupo)
UNITI	3 (9,7)
Asilo Filantrópico	10 (43,5)
Asilo Particular	17 (47,2)

O asilo particular apresentou a maior proporção de idosos edêntulos (47,2%) em relação ao seu grupo. Dos 31 idosos independentes, apenas três eram edêntulos, enquanto no asilo filantrópico dez idosos, dos 24 entrevistados, não possuíam dentes.

A tabela 9 mostra a amplitude e a média de alterações de mucosa nos três grupos:

TABELA 9 - Média de alterações de mucosa de três diferentes grupos de idosos entrevistados (UNITI, Asilo Filantrópico e Asilo Particular), Região Metropolitana da Grande Porto Alegre, 1999.

Grupos	Alterações de mucosa
	Média (Min - Máx)
UNITI	2,87 (1 - 5)
Asilo Filantrópico	3,91 (2 - 6)
Asilo Particular	2,92 (1 - 5)

As diferenças quanto ao número de lesões de mucosa entre os grupos não foram estatisticamente significantes. A amplitude do número de lesões foi igual entre o grupo independente e o institucionalizado particular (1- 5). Os idosos do asilo filantrópico tiveram o mínimo de duas lesões e o máximo de seis. Nenhuma lesão com características clínicas de malignidade foi encontrada.

6. DISCUSSÃO

6.1 A QUESTÃO DA IDADE:

Pode-se perceber que o envelhecimento desafia definições fáceis, sejam elas biológicas (HAYFLICK, 1997), sociais ou psicológicas (DUARTE, 1999). Como resultado disso, deve-se esperar uma grande variabilidade dentro de grupos de idosos, uma vez que, apesar de terem uma idade cronológica aproximada, seus ritmos de envelhecimento tendem a ser diferenciados do ponto de vista biológico, cognitivo e afetivo, bem como de sua imagem e capacidade funcional frente aos grupos sociais a que pertencem.

A Tabela 1¹ mostra que, estatisticamente, a média de idade do grupo asilado na instituição particular difere dos demais grupos. Do ponto de vista cronológico, os idosos independentes e da instituição filantrópica têm estatisticamente características iguais. Baseado na média e amplitude da idade dos pacientes estudados, ou seja, do ponto de vista “legal” (HAYFLICK, 1997), esses grupos são mais jovens do que o do asilo particular.

Em relação à idade social (DUARTE, 1999), por serem ambos institucionalizados, os grupos dos asilos particular e filantrópico têm um padrão etário aproximado. Nos dois grupos, a capacidade funcional está limitada a ponto dos idosos serem dependentes socialmente, enquanto que os indivíduos do grupo da UNITI são capazes de deslocar-se, ir a reuniões e manter-se em seus próprios lares.

Apesar do estudo não ter por objetivo aprofundar-se nessa questão, do ponto de vista biológico, os idosos da casa filantrópica, talvez em função de seu estilo de vida, apresentavam sinais objetivos mais acentuados de envelhecimento.

¹ As tabelas citadas encontram-se na seção 5. Resultados.

Finalmente, por se tratar de um estudo transversal, não é possível uma discussão sobre a idade psicológica entre os grupos, a qual consiste em uma modificação cognitiva e afetiva das pessoas ao longo do tempo.

6.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL:

O envelhecimento populacional é um processo universal e contínuo (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Os mesmos autores afirmam em um outro artigo (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987) que esse envelhecimento se dá de forma diferenciada entre os gêneros, sendo o aumento da expectativa de vida da mulher mais significativo que o do homem. Apesar disso, BONITA (1996) realça que as mulheres, tanto de países em desenvolvimento quanto desenvolvidos, passam a ser idosas, do ponto de vista burocrático, antes dos homens. Nos grupos estudados, os idosos do asilo filantrópico se destacam, em relação à distribuição por gênero, por terem uma maior porcentagem de homens em comparação a das mulheres (Tabela 2). Uma possível explicação para este fato é que a população feminina de classe social inferior, que compõe este grupo, não tenha se beneficiado de alguns fatores que explicam a disparidade entre os gêneros. Alguns desses fatores, anteriormente citados são: diferença de exposição às causas de risco de trabalho, diferenças no consumo do tabaco e álcool e assistência médico-obstétrica (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987).

O Brasil vem experimentando o aumento na expectativa de vida, mas a diferença entre brasileiros ricos e pobres é considerável (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). Entretanto, em relação à saúde bucal, os idosos da instituição particular e filantrópica não mostraram diferença estatisticamente significativa na média do índice CPOD. Pode-se dizer que a sobrevivência com dentes, destes dois grupos avaliados no presente estudo, não apresenta diferenças expressivas, pois ambos estão dentro da expectativa de vida para suas faixas econômicas. À medida em que se espera que a diferença na expectativa de vida entre brasileiros pobres e ricos seja diminuída, da mesma forma, também, ambos os grupos devem ser abordados com a finalidade de melhorar a saúde bucal. Mesmo o grupo de idosos independentes, que apresentou a média do índice CPOD estatisticamente

inferior à média dos idosos institucionalizados, encontra-se muito aquém das metas traçadas para o ano 2000 pela FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE (1982).

As amostras retratadas no presente estudo não atingiram os objetivos propostos, e os achados reiteram a afirmação de MARÍÑO, em 1994, de que essas metas estavam longe de ser alcançadas.

A má condição de saúde bucal dos grupos avaliados neste estudo confirma uma das principais características do envelhecimento no terceiro mundo, citadas por RAMOS, VERAS e KALACHE (1987), o envelhecimento populacional sem uma real melhoria das condições de vida. Essa constatação nos indica que os esforços odontológicos de atenção e promoção de saúde também devem ser dirigidos para a população adulta, a exemplo do que vem sendo feito com grupos específicos como escolares e idosos.

6.3 PESQUISA QUALITATIVA:

A Odontologia está descobrindo recentemente o valor da metodologia de pesquisa qualitativa (BERKEY, 1996). O presente estudo reforça esta afirmação, baseado na profundidade e diversidade dos relatos obtidos. O uso de técnicas qualitativas e quantitativas teve por finalidade associar os propósitos de cada uma das técnicas, que segundo MACENTEE (1996), compensam as limitações uma da outra. A utilização destas duas técnicas possibilitou evidenciar contrastes complexos como, idosos que não têm dentes e demonstram uma grande percepção de seus valores, enquanto que outros que possuem dentes naturais e próteses consideram estes um incômodo. Esta constatação complementa a afirmação de JOCOVIC e LOCKER (1997) sobre uso da abordagem qualitativa na interpretação de dados contraditórios sobre a saúde bucal. A associação das duas técnicas parece ser o caminho mais apropriado para desvendar estas controvérsias.

Outro dado interessante foi que, assim como no estudo de MACENTEE (1996), no qual um número substancial de moradores de uma instituição não pôde responder às questões devido a esquecimento e problemas psicológicos, um grande número de idosos das instituições abordadas nessa

pesquisa também não estavam em condições de responder às questões. O planejamento de pesquisas qualitativas com indivíduos institucionalizados deve levar em conta este fato. A coleta de dados por meio de entrevistas com essa população deve prever um grande número de pessoas sem condições de participar da pesquisa e ainda estimar um número maior de visitas ou o uso de questionários semi-estruturados para obter um maior retorno dos indivíduos.

De acordo com o estudo dos idosos independentes do RIO GRANDE DO SUL (1997), alguns fatores que limitam o atendimento dos idosos, é a falta de um conhecimento integral da história de vida dessas pessoas, da sua situação na sociedade e de suas possíveis reações orgânicas e psicológicas. A abordagem qualitativa favorece o preenchimento dessa enorme lacuna existente na prática da Odontogeriatrics e da própria Odontologia. Acreditamos que a constatação desta premissa, dará maior impulso para esta nova disciplina que vem ganhando mais força e relevância a cada dia.

6.4 SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS INDEPENDENTES E INSTITUCIONALIZADOS:

Sabe-se, atualmente, que as pessoas não perdem os dentes devido ao envelhecimento, porém os idosos ainda correm um grande risco de sofrer problemas bucais como a cárie, doença periodontal e câncer de boca (MARIÑO, 1994).

Diversos estudos têm verificado um alto percentual de edentulismo entre idosos. Em 1989, EKELUND afirmava que um idoso com as arcadas dentárias completas era algo raro e que 60% a 90% dessa população era edêntula. Na Inglaterra, STEELE et al. (1996) verificaram um grau de edentulismo que variou entre 33% e 57% em idosos independentes. STUCK et al. (1989) encontraram, em idosos residentes na casa de permanência de um hospital geriátrico da Suíça, 59,4% de edentulismo. No Brasil, FRARE et al. (1997) encontraram 70,5% de idosos

independentes edêntulos, enquanto PADILHA e de SOUZA (1997) encontraram pouco mais de 40% entre os idosos institucionalizados.

No presente estudo, a porcentagem de idosos edêntulos foi inferior a encontrada na literatura entre os independentes (9,7%) e similar a outros estudos entre os institucionalizados (43,5% asilo filantrópico e 47,2% asilo particular). Esses dados indicam que, além dos países desenvolvidos estarem experimentando um incremento na saúde bucal (VIGILD, 1989), países em desenvolvimento também estão reduzindo paulatinamente a perda dentária. A diferença entre classes parece ser considerável e medidas para reduzir estas diferenças devem ser idealizadas e colocadas em prática.

O valor do índice CPOD, que contabiliza o total de dentes cariados, perdidos e restaurados (obturados), apresentou diferença estatisticamente significativa entre o grupo independente e os institucionalizados. Para VIGILD (1989), essas diferenças devem ser resultado de maiores deficiências físicas e mentais, em comparação aos independentes e à dificuldade de acesso ao atendimento odontológico. Os resultados quantitativos confirmam a afirmação de PADILHA et al. (1998a) de que os idosos institucionalizados necessitam níveis de atenção e tratamento diferenciado em relação aos que vivem na comunidade.

A análise em separado dos componentes do índice também mostra diferenças em relação aos dados da literatura. Em relação à perda dentária, ALVAREZ-ARENAL et al. (1996) encontraram uma média de 12,3 dentes perdidos entre idosos independentes. No estudo de FRARE et al. (1997), em Pelotas, a média de dentes remanescentes foi de nove dentes. No presente estudo, verificou-se um valor

intermediário entre os idosos independentes, que perderam 48,6% dos dentes (aproximadamente 16 dentes por indivíduo). Entre os idosos institucionalizados, foram perdidos aproximadamente 80% dos dentes nos grupos particular e filantrópico. No estudo de PADILHA e de SOUZA (1997), foi apresentada a média de dentes entre os pacientes dentados, e, talvez, por isso a média de dentes remanescentes tenha sido superior.

Estudos vêm mostrando que a cárie é um problema significativo entre idosos, sendo a maior causa de extrações nessa faixa etária (FURE e ZICKERT, 1997; LUAN et al., 2000). No estudo de idosos independentes realizado por ALVAREZ-ARENAL et al. (1996), a média de dentes cariados foi de 1,9 dentes, enquanto 0,9 eram restaurados. No estudo de STUCK et al. (1989), 29,3% dos dentes remanescentes estavam cariados, enquanto no trabalho de PADILHA e de SOUZA (1997), 39,9% dos dentes de idosos de um grupo institucionalizado brasileiro estavam cariados. No presente estudo, com exceção dos idosos independentes, o número de dentes cariados foi superior ao número de dentes hígidos. Apesar disto, o número de dentes cariados, em relação ao total de dentes estimado para os grupos, foi maior no grupo independente. Esses dados reforçam a afirmação de STEELE (1996) de que os idosos manterão mais dentes no futuro próximo, o que resultará em uma maior necessidade de tratamento restaurador para este grupo.

Em relação ao uso de próteses, HANSON, LIEDBERG e ÖWALL (1994) verificaram que o uso de próteses fixas e dentaduras estava fortemente associado à classe social alta, enquanto a presença de espaços não reabilitados estava associado a classes sociais baixas e rede e suporte sociais insuficientes. MAUPOMÉ e

MACENTEE (1998) também constataram que a maioria dos usuários de dentaduras tinha renda alta ou suficiente para suprir suas necessidades e que a presença de espaços anteriores não reabilitados por próteses estava relacionada a indivíduos menos dispostos ou capazes de sair de seus lares. Os resultados do presente estudo reforçam este achados, uma vez que os idosos da instituição filantrópica apresentaram o menor número de próteses removíveis e nenhuma prótese fixa.

O estado de saúde bucal dos idosos do asilo filantrópico, com grande necessidade de tratamento restaurador e protético, é semelhante aos resultados encontrados por GALAN et al. (1993) e que, segundo o autor, não havia sido relatada em nenhuma outra população.

Apesar do presente estudo ter por objetivo verificar a importância dos dentes para os idosos, também foi realizado um exame detalhado das mucosas. Uma das peculiaridades dos idosos em relação à saúde bucal é o considerável número de lesões em tecidos moles e o maior risco de desenvolver câncer de boca. O número de idosos com alterações de mucosa é bem variado na literatura. REICHART (2000) verificou em seu estudo na Alemanha que 33,9% dos indivíduos idosos não tinham alterações de mucosa, enquanto KNABE e KRAM (1997) encontraram alterações em apenas 28,6% dos idosos de seu estudo. No Brasil, JORGE et al. (1991) e PADILHA e de SOUZA (1997) verificaram que a prevalência de lesões de mucosa é alta nos grupos idosos brasileiros institucionalizados estudados. No estudo de JORGE et al. (1991), foram detectados três pacientes desenvolvendo carcinoma intra-oral. No presente estudo, a média de alterações da mucosa foi semelhante entre os três grupos avaliados e considerada alta. Todos os idosos avaliados apresentaram alterações de mucosa, porém não foram detectadas lesões malignas. Além dos dados quantitativos deixarem bem claro a importância do exame dos tecidos moles nos estudos que se propõem a avaliar a saúde bucal dos idosos, o relato de uma senhora do grupo independente reforça esta abordagem:

I-03 “E meu maior medo ainda é que eu perdi meu avô com câncer na boca. Foi com câncer na boca. Eu procuro dentista seguido... eu sou uma angustiada, eu deprecio totalmente a minha faixa etária; ainda tenho esse

histórico do meu avô, morreu de câncer dentário, já fui prejudicada quando menina com essa diatermina; então eu tenho um histórico bem negativo e, gostaria de ver assim um dentista que eu pudesse ter total confiança.”²

6.5 A IMPORTÂNCIA DOS DENTES:

A importância dos dentes para o ser humano está presente na literatura, seja através de livros de ficção ou de informativos de indústrias de cosméticos, à disposição da população. Apesar disso, um homem do asilo particular, com 87 anos, deu a seguinte resposta a pergunta da entrevista:

AP-21 “*Não sei lhe responder...*”.

O valor desta resposta está no fato de que idosos podem desinteressar-se por sua saúde bucal, uma vez que não agregam nenhum valor aos dentes ou próteses.

O personagem Dom Quixote, de CERVANTES (1994), considerava um molar mais importante que um diamante. Em todos os grupos, idosos mostraram valorizar muito seus dentes. No grupo independente, duas mulheres usuárias de próteses parciais deram os seguintes relatos:

I-23 “*Deus do céu é o mais importante, principalmente porque eu tenho problema digestivo. Fiz uma cirurgia grande no estômago e fiquei com estreitamento no esôfago, então se eu não triturá o que eu estou comendo, mastigar, mastigar, eu não engulo. Então é tão vital quanto respirar.*”

I-08 “*Mas doutor tem toda a influência, tudo, porque é uma coisa, é uma coisa muito importante, eu acho que depois da visão da gente é os dentes, né, porque tu precisa deles diariamente. Tu tem qualquer problema na boca como é que tu... tu não pode te alimentar. Eu acho que é fundamental, é importantíssimo. É importantíssimo mesmo.*”

No asilo particular, idosa com mal de Parkinson usuária de próteses parciais também considera os dentes muito importantes:

AP-34 “*Os dentes me... Espera aí... É uma coisa muito importante na vida da gente... e, no dia-a-dia, principalmente. Acho que a gente sempre precisa dos dentes.*” Foi solicitado que ela citasse alguma situação: “*Em todas (hesita um pouco), os almoços, quer dizer (um pouco confusa), os dentes... a gente necessita os dentes em todas as ocasiões. Principalmente nas alimentações.*”

² Todos os relatos transcritos para este trabalho representam com fidelidade a fala dos idosos, por isso podem ser encontrados trechos que não estão de acordo com a Norma Culta do Português Brasileiro. As transcrições estão identificadas de acordo com o grupo de origem (I – independentes, AP – asilo particular e AF – asilo filantrópico) e a ordem de exame.

Foi perguntado que outra ocasião seriam importantes os dentes: ***“Eles são sempre importantes, em todas as ocasiões da vida.”***

Um homem do asilo filantrópico edêntulo e sem próteses afirmou que:

AF-14 ***“Para mim é muito importante. Serventia total mesmo, sabe. O ser humano não pode ficar sem os dentes. Passa, mas muitas vezes é a necessidade de tê-los. Os primeiros dentes são extraídos, mas a dentadura tu não resolve o problema.”***

Apesar de alguns idosos valorizarem os dentes ao extremo, comparando-os com a respiração e a visão, considerando-os indispensáveis, em algumas situações os dentes perdem a importância, passando a ser um incômodo mais do que uma parte vital.

A causa da redução dos valores atribuídos aos dentes pode ser problemas técnicos ou o desgaste natural das próteses, como no caso de uma paciente do asilo particular:

AP-40 ***“Elas eram. E agora não. Conforme o que que eu falo, me caem. É tão feio isso. Eu não sei, eu tenho que fazer outra.”*** Sobre mais alguma coisa: ***“Isso que eu disse.”***

Porém as causas podem ser extrínsecas, não relacionadas à boca, como demonstra a seguinte paciente do asilo filantrópico em seu depoimento:

AF-02 ***“Para mim doutor, (pausa) para ser bem franca, não influencia. Se eu tirasse todos eles, para mim seria melhor. Todos eles...”*** Insistindo se eles realmente não eram importantes: ***“Não senhor, não são mais importantes.”*** Perguntando sobre a importância dos dentes anteriormente: ***“(Pausa) Marido, filho (olhos cheios de lágrimas).”*** E sobre o momento atual: ***“(Pausa) Pra mim se tirasse... porque eu não saio, porque eu não posso mastigar, né... engulo praticamente tudo inteiro, a carne. Às vezes eu como, às vezes eu não como, por causa do mastigar... Assim é a vida até o dia em que Deus achar que...”***

Esse relato reforça a afirmação de PADILHA et al. (1998a) sobre a necessidade dos cirurgiões-dentistas que atuam com pacientes idosos em especial, e a classe como um todo, de aprender a trabalhar em conjunto com as outras áreas da saúde. Muitas vezes nos preocupamos com uma pequena parte do indivíduo, questionamos como uma pessoa é capaz de deixar a sua saúde bucal chegar a um mau estado, sem nos darmos conta que fatores maiores (no caso desta paciente, solidão, sensação de abandono e depressão) podem ser os fatores complicadores, mais do que a falta de recursos ou o “descuido”. A atuação junto a assistentes sociais, psicólogos, médicos e enfermeiros,

nesses casos, é essencial para possibilitar a transformação dos dentes, de incômodos para o paciente, em “diamantes”.

A frase de capa do folheto O CUIDADO COM OS DENTES (19--), que compara o corpo humano a uma máquina, esteve presente no relato de um dos idosos independentes:

I-23 *“Eu acho que é uma máquina, no momento que um falha vai falhando tudo. Eu penso assim. Não sei.”*

Estes relatos mostram uma relação entre as informações da literatura leiga e a formação de opinião da população estudada. As informações oferecidas à população devem estar sujeitas a um controle, a fim de evitar-se que informações errôneas ou duvidosas tornem-se verdade para a população. Da mesma forma, publicações para o público, ressaltando a importância dos dentes para o ser humano, devem ser enfatizadas, visando a oferecer às pessoas o conhecimento da necessidade de autocuidado e manutenção da saúde bucal.

Para STRAUSS e HUNT (1993), a compreensão dos valores e recursos dos idosos é essencial para elaboração de um programa de educação e promoção de serviços de saúde para essa população. Entre os grupos estudados, houve uma grande variedade de valores agregados aos dentes. Foram selecionadas uma entrevista de cada grupo para exemplificar a diversidade das respostas.

O primeiro relato é de uma senhora do asilo particular com 87 anos, usuária de prótese total superior e com dentes naturais inferiores:

AP-31 *“Me sinto muito bem. Eu sem esta prótese, eu... **Eu como muito bem com ela. Não cai, não me incomoda...** Eu tiro só de noite para dormir depois de lavar bem. Ela **me dá muita personalidade**. Assim, me sinto muito bem.”* Sobre mais alguma coisa que ela se lembrasse: *“**Mastigo muito bem. Eu posso tirar um naco de uma coisa, ela não se mexe no lugar. Quer dizer, eu sem essa prótese eu ia me sentir muito mal.**”* Porque ia se sentir mal? *“**A própria personalidade, né. Eu acho que a pessoa sem dentes, assim, se sentiria muito mal, muito incômoda, e ao mesmo tempo com um pouco de vergonha. Os dentes querem...** eu acho que pra pessoa, **fazem muita falta. Em todos os setores. Tanto na alimentação quanto na convivência, não é.**”*

*Eu acho que os dentes é uma coisa muito importante na pessoa.” Quanto a mais alguma coisa: “Não, eu acho que isto diz tudo. Se eu não tivesse dentes eu teria vergonha de abrir a boca.” Logo após a entrevista ela falou que **para rir** também era importante e que além disso ela **sentia muita pena** das pessoas que necessitam e não têm condições de ter uma prótese.*

Pode-se perceber que a importância dos dentes para esta senhora abrange as funções fisiológicas (mastigar), sociais (convivência) e psicológicas (personalidade e vergonha). Ao contrário do exemplo, a diversidade das categorias do grupo do asilo particular foi a menor.

O segundo relato é de uma senhora do asilo filantrópico com 79 anos, escolaridade de ensino fundamental, usuária de prótese total superior, com dentes naturais na arcada inferior e uma prótese “provisória”:

AF-01 *“Ah!!! Tudo, porque...Começando pelo **comer**, né? Tenho **pena de perder** estes (dentes inferiores) aqui, para não perder esta (prótese inferior) aqui. Até já quebrou um grampinho aqui, que tinha dois grampinhos. De tão velhinha que ela já está...” Perguntando sobre algo mais além de comer: “A gente, olhando para **uma pessoa sem dente**, eu acho que é **muito feio**, né. Eu acho a coisa mais feia deste mundo **uma pessoa sem dente**, né. Com os meus **dentes estragados**, assim eu, eu achei que não deviam... **não deve ficar assim**, né. Apesar que eu tive que tirar este aqui (42), não deu para colocar, mas fica este buraquinho não tem problema.” Sobre algo mais que influencia: “**Até para a saúde da gente. É uma coisa muito... a higiene da boca. Tudo isso.**” Sobre algo mais: “Eu acho que é só, né. **Pela saúde, para comer, para ter pelo menos um sorriso decente**, né (risos).”*

Também nesta entrevista aparece uma diversidade de valores atribuídos aos dentes. As respostas do asilo filantrópico apresentaram uma maior diversidade em relação ao asilo particular, sendo que as funções mastigação e deglutição tiveram destaque nesse grupo.

O terceiro relato é também de uma senhora, esta do grupo independente, com 65 anos, escolaridade de ensino médio, usuária de prótese parcial superior e com dentes naturais e próteses fixas na arcada inferior:

I-04 “*O dia todo, até dormindo tem influência.*” Perguntado sobre quais tipos de influência: “*Influem na aparência, na alimentação, no mastigar, no falar, no pronunciar, tudo, tudo.*” Perguntado sobre algo mais: “*Na saúde do corpo... na saúde da pessoa... se a pessoa não tem dentes ou tem maus dentes depois... mastiga, mastiga mal e o alimento é engolido inteiro; eu tenho essa dificuldade... (não foi possível transcrever) Então eu sinto muita necessidade do dentista, eu tô sempre em função dele. Quando eu vi esse negócio de vocês eu disse tá na hora de fazer uma avaliação. Mas é uma influência muito importante, tem toda influência na pessoa, a aparência da pessoa começa pela boca. Você olha pra uma boca de uma pessoa, tu não olha pra pessoa, olha pra boca, pro sorriso, se tem os dentes feios estraga toda a imagem.*”

Assim como nos outros dois exemplos, as influências dos dentes para esta senhora estão relacionadas a funções fisiológicas, sociais e psicológicas. O grupo de idosos independentes foi o que apresentou maior diversidade de categorias. O fato de terem vida social ativa e relações familiares mais frequentes devem ser fatores que levam a agregar maior valor aos dentes nas diversas situações.

Apesar da diversidade das respostas de alguns idosos sobre a importância dos dentes e a influência no cotidiano, outros idosos demonstraram que as funções dos dentes não são evidentes ou lembradas no dia-a-dia. Uma paciente independente, de 68 anos, com formação superior e dona de casa, respondeu da seguinte maneira:

I-24 “*Pra mim os dentes são importantíssimos. Eu acho que pra mastigação eles são importantes e, até pra estética.*” Porém, quando foi perguntada sobre algo mais: “*Olha, eu nunca pensei sobre isso*”.

No asilo filantrópico, um senhor de 69 anos, após citar algumas situações em que considerava os dentes importantes, conclui:

AF-22 “*Ah! De momento não me lembro. Sei que tem muita importância, mas de momento não me lembro.*”

Uma senhora do asilo particular respondeu da seguinte forma, em um primeiro momento:

AP-34 “*Influência no dia-a-dia? (risos) Sempre!!!*” Sobre o que eles influenciam: “*Eu agora não sei lhe dizer.*”

Da mesma forma que a importância dos dentes deve ser trabalhada com esta população, a influência no cotidiano também deve ser abordada. Demonstrar às pessoas o grau de

comprometimento que os dentes e/ou próteses em mau estado podem acarretar nas suas vidas talvez seja uma forma de motivação, um estímulo para que mantenham os dentes naturais ao longo de toda sua vida.

6.6 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

Das respostas dos idosos dos três grupos sobre a importância dos dentes, a mais freqüente foi em relação à alimentação, mastigação e digestão. Porém, a importância dos dentes para a nutrição é um assunto controverso na literatura.

A boca é o local onde se inicia o processo de alimentação, começando com a mastigação, a ingestão de nutrientes e a formação do bolo alimentar. Esse processo, somado à incorporação da saliva aos alimentos, favorece a deglutição e digestão (SHAY e JONATHAN, 1995; O CUIDADO COM OS DENTES, 19--). Diversos idosos também consideraram os dentes importantes nesse sentido. Um homem do asilo filantrópico, questionado sobre o que os dentes ajudavam a fazer, respondeu:

AF-22 “*Os dentes ajudam a **mastigação da comida**, da comida **ajuda a digestão**. **Facilita e ajuda o estômago**.”;*

Na mesma instituição, outro idoso tinha opinião semelhante:

AF-27 “*É para, em primeiro lugar **para digerir**, né. Em segundo lugar para **a alimentação**.”;*

Do grupo independente, uma professora de Biologia, reforça as respostas que correlacionam os dentes a uma boa digestão:

I-01 “*Eu acho que nada, nada se desenvolve fisiologicamente, já que eu estudei biologia, se agente não tiver uma ótima alimentação. A **trituração dos alimentos dentro da boca é fundamental** para todo o organismo da pessoa. Eu já estou me sentindo **com meu intestino ofendido**, porque eu já dei... a mastigação que eu estou efetuando há mais de oito anos. Eu tenho estas dentaduras mas elas nunca ficaram lá esses mundos.”*

Ainda que os relatos dos idosos apontem que, para eles, os dentes têm importância na nutrição e alimentação, ETTINGER afirmava em 1987 que não existiam estudos que mostrassem a relação entre a redução da habilidade mastigatória e as doenças gástricas. De acordo com o autor, os problemas gástricos estariam relacionados a alterações associadas ao envelhecimento, pois o valor dos dentes no processo digestivo nunca foi provado.

A causa para essas diferenças pode estar associada a algum viés das pesquisas ou aos métodos de investigação utilizados. O certo é que idosos relacionam problemas digestivos a alterações na sua capacidade mastigatória e não a alterações decorrentes do envelhecimento. Porém, são necessários mais estudos para esclarecer esta questão.

ETTINGER (1987) afirma que a relação entre mastigação e sobrevivência pode ter sido real para povos primitivos, mas pessoas civilizadas conseguem sobreviver mesmo não tendo dentes naturais ou artificiais, alterando a forma de preparo dos alimentos. A resposta da senhora do asilo particular prova que existem formas de se alimentar na ausência de dentes:

*AP-43 “**Importantes para mastigar.** Porque senão, não sei como é que eu ia mastigar. Na época que eu não podia usar (as próteses), eu usava **alimentação semilíquida**, pastosa né. Tudo **batido no liquidificador porque eu não podia mastigar.**” Sobre algo mais além da mastigação: “**Não. Só isso. No período que eu não podia usar a ponte.**”*

Mesmo a sobrevivência estando assegurada através de uma dieta semilíquida, é evidente o valor dado pela paciente aos dentes em relação à mastigação. A qualidade de vida, o prazer de comer e a seleção de alimentos, questões que também afloram nesta entrevista, serão discutidos no decorrer deste capítulo.

Relatos na literatura mostram a redução da ingestão de nutrientes entre indivíduos usuários de próteses quando comparados àqueles com dentição natural (PAPAS et al., 1998b), redução na ingestão de nutrientes oriundos dos alimentos de difícil mastigação por pacientes com função mastigatória reduzida (KRALL, HAYES e GARCIA, 1998), além de redução no índice de massa corpórea e maior risco de desnutrição em pessoas com menos de seis pares de dentes (naturais ou artificiais) em oclusão ou edêntulas que não utilizam dentaduras (MOJON, BUDTZ-JORGENSEN e RAPIN, 1999). Alguns idosos perceberam uma redução de peso associada a problemas na dentição. Um idoso do asilo filantrópico com apenas dois dentes inferiores e usuário de prótese total superior respondeu:

AF-17 “*Olha! Que eu posso me lembrar, quando eles eram são, que eu tinha a chapa toda (fraturaram os dentes anteriores), eu comia bem, eu era mais gordo... não sei o que esta acontecendo comigo agora!*”

Outro relato que mostra a relação dos dentes com perda de peso é de uma senhora independente, que se submeteu a uma reabilitação:

I-11 “*Quando eu comecei a fazer o tratamento com muita dor, e cirurgia e tudo, eu emagreci bastante. Porque eu tinha que comer líquidos e foi por muito tempo e valeu porque as pessoas achavam que eu estava fazendo dieta pra emagrecer. Quer dizer, só tenho a dizer... que eu já não comia mais frutas e verduras cruas porque eu não tinha dentes, e quebravam.*”

Diferente das carências nutricionais, a perda de peso pode ser percebida mais facilmente pelas pessoas. A conscientização dos idosos sobre o risco de desnutrição deve ser incentivada. A prevenção da desnutrição entre idosos deve ser realizada em conjunto por nutricionistas e dentistas, a fim de assegurar um melhor resultado.

Em outro estudo, ETTINGER (1998) concluiu que, apesar da reabilitação protética resultar em uma melhora significativa na função mastigatória, não levou a uma mudança na seleção dos alimentos. Para o autor, é necessário um

acompanhamento de nutricionistas para que ocorram mudanças na dieta. Da mesma forma, PAPAS et al. (1998b) afirmam que indivíduos com mais estudo procuram por melhor nutrição, independente de seu estado dentário. Recebendo orientação apropriada, os indivíduos podem ter uma dieta adequada, seja qual for seu estado dentário.

O folheto O CUIDADO COM OS DENTES (19--), por outro lado, afirma que a presença de problemas dentários interferem na digestão, podendo afetar todo o organismo. Uma idosa do grupo independente, Nutricionista, concorda dizendo:

I-03 *“Pra mastigar, porque todo o alimento tem que ser mastigado do melhor modo possível. Se tu estiver com os dentes maltratados o alimento já sai com bactérias, viroses dentro, e estraga todo o organismo, prejudica toda a saúde. O meu ponto de vista é esse.”*

Ainda que haja contradição em relação a necessidade de se ter dentes para a obtenção de uma adequada nutrição, eles são importantes para apreciar a comida, facilitar a deglutição (YEWE-DYER, 1993), e para a pessoa se sentir aceitável socialmente (SMITH e SHEIHAM, 1979).

A preocupação com a deglutição foi grande entre os idosos do asilo filantrópico e esteve presente nos relatos dos independentes. No asilo filantrópico, um idoso relatou a situação de um vizinho de mesa:

AF-05 *“Porque pra mastigar, para comer, para desmanchar a comida. Tem um rapaz muito interessante sem dente, assim, tem um rapaz que está na mesma mesa que eu estou que **tem que esfarelar a carne, e coisa e tal, para comer um pedacinho. Eu acho tão ruim aquilo. A gente engolir quase que automaticamente. Eu não, ainda tenho uns pedaços, uns cacos ainda. Mas ele tem que engolir a comida inteira, depois não faz bem para o estômago.**”*

Uma senhora de 72 anos, analfabeta, com problemas de memória falou:

AF-10 *“Eu não sei nada, nada. Às vezes me escapa a memória...”* Perguntada sobre o que as próteses ajudavam a fazer: *“Me ajudam muito bem.”* A fazer o que: *“A comer, a mastigar. A engolir.”*

O próximo relato mostra a percepção de uma paciente sobre o extremo a que pode chegar a dificuldade de engolir:

*AF-26 “E sabe, então eu acho que aí é ruim pois **não consegue mastigar bem a comida. Para engolir, né. É coitadinho, então sabe o que? Eu conhecia um senhor, ele perdeu todos os dentes. Ficou sem dentes anos e anos. Ele morreu porque não conseguiu comer nada. Então isto é muito problema disto.”***

Além de aspectos como a nutrição, deglutição e digestão, relacionados diretamente com a função mastigatória, autores afirmam que a boa função mastigatória pode ser um fator protetor em relação a demência senil (NAKATA, 1998) e garantir mais anos de vida (PAPAS, 1998a). Um dado que parece reforçar essas afirmações é o número de idosos do asilo filantrópico, que não participaram do estudo por comprometimento de sua saúde geral. Este grupo foi o que apresentou pior estado objetivo de saúde bucal e grande número de pacientes com necessidades protéticas. Neste grupo, quase 50% dos idosos não tiveram condições de responder às perguntas, enquanto no asilo particular aproximadamente 20% não responderam. Vale reforçar a diferença na média de idade entre estes grupos de 15 anos (significativa a 0,5% DMS). É necessário um trabalho de conscientização da população, no que diz respeito à importância dos dentes em relação à longevidade e prevenção de processos degenerativos como a demência senil

6.7 SELEÇÃO DE ALIMENTOS:

O estado dentário parece ser um fator determinante na seleção dos alimentos. De modo geral, a má condição dos dentes leva os idosos a um empobrecimento da sua dieta (MATEOS, 1999), a engolir pedaços maiores ou mudar a resistência dos alimentos à mastigação (ETTINGER, 1998). Uma senhora do asilo filantrópico, edêntula e usuária de prótese total superior, aborda todas estas questões em sua resposta:

*AF-09 “Vou explicar para o senhor. Em primeiro lugar, é que essa prótese, essa dentadura, me faz muita falta para mim mastigar os alimentos. (procurando as palavras) **Como é que a gengiva de baixo vai moer os alimentos. Então muitos alimentos descem inteiros. Alguns... Por isso que eu já escolho alimentos como mingau, polenta molezinha, outras comidas maciazinhas. Nem salada de alface eu não posso comer, porque a salada de***

*alface é dura e como é que eu vou mastigar? **Tenho experimentado, mas não dá.***

Outra senhora do asilo filantrópico, edêntula e sem próteses, também demonstra que a falta dos dentes influencia na seleção dos alimentos:

AF-12 Perguntada por que quer ter dentes: “(risos) *Eu gostaria, né.*” insistindo na pergunta: “*Comer, (risos) almoçar, né. Tomar café. Tem muitas misturas que eu não posso comer. Porque eu gosto de frutas essas coisas. Tem que ser coisas moles, porque eu não tenho dentes, não adianta.* (risos)” Sobre mais alguma coisa: “***Eu ia poder escolher as coisas para eu comer.***”

Outro relato que mostra a necessidade de selecionar os alimentos a serem ingeridos é de uma senhora do grupo independente:

I-20 “*Pra começar **eu não posso comer muita coisa, não posso comer se é um sanduíche meio duro, aliás eu nem posso comer sanduíche...***”

Segundo ETTINGER (1998), há relatos de que a ingestão de Ferro e vitaminas A e C entre idosos usuários de próteses totais é baixa. A dificuldade em comer carnes, frutas e vegetais (que são fontes destes nutrientes) pode ser uma das causas desta carência nutricional. Alguns idosos relataram ter dificuldades em comer estes tipos de alimentos. O primeiro relato é de uma senhora, do grupo independente, usuária de prótese total em ambas as arcadas:

I-16 “*Pra mim é **pra mastigar, pra... eu nem, olha, eu vou dizer uma coisa pro senhor. Eu nem sei, nem posso comer muito, se eu cortar uma fatiazinha de cebola eu não consigo mastigar entende, não pega. E pra mim, eu preciso até mandar fazer uma (dentadura) pra ver se eu consigo comer melhor.***”

O segundo relato, também do grupo independente, é de outra senhora com dentadura na arcada superior e prótese parcial inferior:

I-30 “*Eu acho que é muito importante né; porque eu **antigamente eu podia comer churrasco, agora eu não consigo comer, eu só posso comer, assim, eu digo que só posso comer picanha.** Uma outra, outra assim eu **tenho muita dificuldade pra mastigar** eu acho, eu não consegui ainda. Depois que eu botei dentadura, tem pessoa que põe dentadura e come de tudo né, eu com a minha nunca consegui, a de baixo principalmente eu fiz uma quantidade, nunca me acertaram, dizem que é difícil, pra gengiva. Nunca consegui. Agora essa eu consigo (prótese total superior), mas **eu sinto muita dificuldade ainda pra mastigar.***”

Apesar destes exemplos, SMITH e SHEIHAM (1979) encontraram em seu estudo muitos indivíduos com uma situação dentária precária comendo de tudo,

enquanto outros tinham problemas na alimentação mesmo com próteses satisfatórias. EKELUND (1989), por outro lado, encontrou em seu estudo que pessoas com próteses desadaptadas se achavam com melhores condições de mastigar que pessoas com dentes naturais. Uma senhora do asilo particular foi questionada quanto à sua satisfação com suas próteses. Em relação a mastigação ela responde:

AP-07 “*Ah, vai tudo!!!*” (risadas)”

Outros idosos do asilo particular, edêntulos e usuários de próteses, também demonstraram estar satisfeitos com suas próteses no que diz respeito à escolha dos alimentos:

AP-10 “*Eu não entende direito*, (forte sotaque germânico) eu...eu...” Em que as próteses lhe ajudavam: “*Eu come tudo, milho, posso comer o que quiser com ela.*”

AP-36 Quanto a mais alguma influência: “*Bom, a dentadura eu tenho só para comer. Como laranja, como bergamota, como maçã, banana, tudo isso, como muito bem, mastigo bem, não tem dúvida.*”

A diversidade das respostas obtidas e os relatos encontrados na literatura demonstram que a seleção dos alimentos, apesar de parecer óbvia, ainda é controversa. Enquanto alguns pacientes usuários de dentaduras julgam-se capazes de comer de tudo, outros, mesmo com alguns dentes remanescentes, são obrigados a selecionar seus alimentos. São necessários mais estudos para esclarecer as condições que levam à seleção dos alimentos, tanto do ponto de vista técnico quanto subjetivo.

6.8 PRAZER DE COMER:

O prazer está relacionado à satisfação de uma necessidade física premente (SZASZ, 1976). Significa deleite e delícia (FERREIRA, 1975). Pode-se dizer que o prazer de comer consiste em deleitar-se com os alimentos. Alguns autores afirmam que para manter-se o prazer de comer é necessário ter dentes e/ou próteses (SMITH e SHEIHAM, 1979; EKELUND, 1989). Alguns idosos reforçaram esta afirmação relacionando a importância dos dentes ao prazer de comer. O primeiro

relato é de um senhor do asilo particular, com sete dentes remanescentes, sem próteses. O paciente fala apenas em Alemão e tem problemas auditivos. Após longa conversa com a “intérprete” ela diz:

AP-17 “*Ele diz assim, que ter os dentes seria outra coisa...*”. Questionado sobre o que ele poderia fazer se tivesse os dentes, ele responde “***Gut essen, comer bem!!!***”

Uma senhora, da mesma instituição, esclarece como seria se não tivesse as próteses totais:

AP-27 “*Se não tivesse seria triste, porque eu acho que quando a gente não tem mais dente, não pode mastigar direito, a gente perde muito o prazer de comer...*”

Do grupo independente, um senhor com próteses parciais superior e inferior complementa sua resposta sobre a importância dos dentes:

I-13 “***Para ter prazer de comer.***”

A dor, por outro lado, é um fator que está relacionado à limitação da função mastigatória, redução no prazer de comer (SMITH e SHEIHAM, 1979) e que, muitas vezes, leva os idosos a se alimentarem exclusivamente de pão e café com leite (MATEOS, 1999). Entre os idosos do presente estudo, muitos relacionaram a presença ou ausência de dor à capacidade de alimentar-se. O primeiro relato é de uma senhora do asilo particular que utiliza próteses parciais superior e inferior:

AP-43 “*Eu me sinto bem como elas tão. Não me incomodam, atualmente não tenho dor nem nada. Na alimentação, na refeição não me incomoda...*”

Na mesma instituição, uma senhora com mal de Parkinson e osteoporose, usuária de dentadura superior e prótese parcial inferior, tem opinião contrária:

AP-20: “*Eles incomodam, né. Eles incomodam porque tão um pouquinho grande agora. Dificulta no mastigar, não é*”. Sobre mais alguma coisa que fosse influenciada: “*Não, é só no mastigar.*”

Os relatos indicam a necessidade de maiores estudos sobre o estado de saúde bucal dos idosos e sua relação com o prazer de comer. Também é importante investigar se a alteração na consistência dos alimentos, que de acordo com EKELUND (1989) é uma prática comum em instituições, interfere no prazer de comer. Da mesma forma, é necessário investigar se o prazer de comer consiste mesmo no único prazer (EKELUND, 1989) ou no único sentido da vida para alguns idosos (MORIGUCHI, 1990), a fim de que possamos, além de garantir essa função, atuar com outros

profissionais da gerontologia, proporcionando mais formas de prazer e outros motivos para continuar vivendo. Mesmo os dentes podem possibilitar outras formas de prazer, como demonstra o seguinte relato de uma idosa do asilo particular:

AP-05 *“Pra assobiar (sorrindo), eu assobio com o sabiá quando de manhã canta. O sábia tão lindo...”*

6.9 APARÊNCIA:

A relação da estética e da saúde bucal é extremamente complexa e envolve dimensões sociais, culturais e psicológicas que ainda não foram completamente compreendidas (BALDWIN, 1980). Os relatos do presente estudo também demonstraram a complexidade do tema estética relacionado à importância dos dentes e/ou próteses.

Segundo BALDWIN (1980), poucas pessoas não consideram a aparência dos dentes algo importante, enquanto OOSTERHAVEN, WESTERT e SCHAUB (1989) e CONS et al. (1983) consideram que a percepção da estética da aparência bucal é universal. Um motivo que pode explicar esta diferença é citado por OOSTERHAVEN, WESTERT e SCHAUB (1989), quando afirmam que a influência do ambiente social na percepção da aparência entre adultos não é clara. No presente estudo, os relatos referentes à aparência tiveram uma frequência aproximada à alimentação e nutrição entre os idosos da UNITI. Nos grupos institucionalizados, a aparência teve uma frequência menor que a alimentação e nutrição, ficando mais próxima das categorias comunicação (particular), e deglutição (filantrópico). Estes resultados sugerem que a institucionalização resulta em uma redução na preocupação com a estética. São necessários estudos com o intuito de verificar esta hipótese e identificar se essa redução interfere nos cuidados de saúde bucal dos idosos institucionalizados, que, de modo geral, é precária.

Muitos idosos no estudo de STRAUSS (1993) não consideraram que os dentes influenciavam na aparência para os outros e para eles mesmos. Em um relato do grupo particular do presente estudo, uma senhora afirmou que, para ela, os dentes já não influenciavam para a aparência:

AP-37 Insistindo em algo mais que as próteses ajudavam: “*Não. (Pausa) Olha para beleza já não adianta* (risos).”

Por outro lado, homens e mulheres consideraram que os dentes influenciam na aparência.

Um senhor do asilo filantrópico respondeu:

AF-25 Sobre algo mais em que os dentes ajudassem: “*Ah! Se ajuda é para ser bonito, ficar mais bacana.*”

Da mesma forma uma senhora do grupo independente comenta:

I-17 “*E na aparência é muito importante, eu acho muito importante a dentadura na aparência da gente.*”

Pode-se perceber que a importância dos dentes na aparência é bem variada entre grupos e gêneros. Esta variabilidade indica que ou a estética da aparência bucal não é universal, ou indivíduos pertencentes aos grupos avaliados apresentam alguma alteração interferindo na sua percepção em relação à estética. Um estudo para investigar essas hipóteses deveria ser realizado.

Segundo WOLF (1998), os dentes estão relacionados à auto-avaliação e auto-estima. A autora cita, como exemplo, a expressão “*os dentes são o cartão de visita da pessoa*”. Esta mesma expressão esteve presente no relato de uma senhora do grupo independente de 75 anos:

I-23 “*Fora que eu acho que hoje uma dentadura é um cartão de visita.*”

Também do grupo independente, duas senhoras demonstraram com outras palavras que os dentes representam a pessoa:

I-28 “*... a apresentação da pessoa, porque a primeira coisa que aparece são os dentes, né, o rosto, junto com os dentes então, se de repente os dentes não estão bem como devem ser então pra mim, ao menos, me causa bastante dissabor sabe, eu não gosto quando tenho qualquer problema nos dentes.*”

I-20 “*Eu acho que é isso, a coisa que eu primeiro observo numa pessoa é os dentes, são os dentes. Sabe, a pessoa abre a boca, sorri, mas que dentadura maravilhosa. Não é verdade? Eu acho assim que de maior importância é os dentes, são os dentes.*”

Como pode ser visto no relato anterior, os dentes também demonstram se o indivíduo está dentro dos padrões estipulados pela sociedade, tanto em termos de aparência como de cuidados corporais. A manutenção dentro destas normas resulta em segurança e confiança para o sujeito, enquanto a situação inversa desencadeia sentimentos de vergonha e receio quanto à sua aceitação. Uma senhora do grupo independente confirma esta afirmação em sua resposta:

I-18 *“Eu acho que além da mastigação tem o problema da preocupação em não sentir dor; então exige que a gente tenha cuidados porque a gente quer evitar a dor né, e ainda porque é uma parte que mesmo querendo ou não querendo é um embelezamento da figura humana, né? Então hoje em dia a sociedade valoriza muito isso. Pobre de se ver uma pessoa sem um dente, acho que a gente faz uma classificação diferente.”*

O fato dos sujeitos classificarem, e conseqüentemente serem classificados de forma diferente, pode gerar problemas psicológicos. Segundo FISKE et al. (1998), esconder a disfunção da perda dentária e a necessidade de uso de próteses pode resultar em estresse.

Algumas alterações na aparência são decorrentes do envelhecimento (MORIGUCHI, 1990), porém as mais perceptíveis estão relacionadas à perda dentária e não ao envelhecimento propriamente dito. Uma senhora do asilo particular demonstra em seu relato a relação da perda dos dentes com o envelhecimento da fisionomia:

AP-29 Quanto a que eles serviam: *“Pra tudo né (risos). Principalmente para comer, né. Ah!!! Sim, eu não gostaria de estar desdentada, né. Porque eu sempre digo: Por mais velha que a gente fique, a gente tem um certo orgulho, né. Não quer parecer mais velha ainda.”*

No asilo filantrópico, uma senhora usuária de dentadura superior e sem dentes inferiores também demonstrou relação entre aparência dos dentes e juventude:

AF-09 Complementando a resposta, *“Em segundo lugar, é que eu quero ficar mais bonita, quero ficar mais bonita, mais jovem, com as duas dentaduras cuidadas. Então é isso. Por dois motivos. Primeiro, a mastigação dos alimentos. Segundo, ficar com a minha boca mais bonita, mais arrumadinha.”*

As alterações na fisionomia podem representar, para o paciente idoso, a redução nas atividades sociais e desencadear um comportamento passivo e depressivo (MORIGUCHI, 1990). O comprometimento da aparência pode ainda ser causa de vergonha, interferindo em atividades sociais como alimentação e relacionamentos (DIU e GELBIER, 1989). Uma senhora do asilo filantrópico relatou a preocupação com a estética e a capacidade de comprometer atividades sociais:

AF-26 “Agora **um dente aqui, ela subiu (a gengiva), ficou bem alta. Eu ficava tão preocupada!! Eu já não queria nem falar. Quando eu não precisava falar eu não falava. Então eu procurei a doutora, e ela lixou. Para ficar parelho com os outros. Mas ela estava bem alta. Um bem da frente.**”

Uma senhora do grupo independente relata os efeitos sociais dos problemas bucais e o resultado, após a solução dos mesmos.

I-11 “Eu acho que o que eu disser vai ser 1% do que valem os meus dentes, porque eu estava com eles em estado deplorável. Então eu me mantinha de boca fechada porque era o visual, não é? Horrível, tinha os dentes assim acavalados, sabe? **Muito feios. Então não sei o que mais que eu posso te dizer, eu só te elogio, te elogio, porque pra mim foi uma coisa maravilhosa porque aonde eu vou o pessoal fica dizendo tu fez plástica. Eu não fiz. Então eu não sei se é a alimentação que ficou melhor, se os dentes melhores, se é o visual, se é eu que tô mais solta de boca aberta.**”

Outra senhora do grupo independente também demonstra o impacto que estar sem dentes teria em suas atividades sociais:

I-07 “Os dentes? Ah, sempre uma coisa que eu tinha vaidade, que **achava a minha dentadura bonita. Antes, não agora. Antes eu tinha uma dentadura que era bonita. Tinha vaidade. Mas depois conforme, quando eu comecei a ficar anêmica, aí começaram esses problemas de dentista, eu comecei a tomar muito Ferro, muita coisa; e mesmo a situação financeira, já não dava. A gente qué fazer um tratamento...**” Insistindo na pergunta: “No meu dia-a-dia? Não porque eu acho que... **sem eles eu...** (sem saber quantificar) **não... eu acho que eu não iria nem na esquina, sem os meus dentes, eu acho que faz parte do meu ser.**”

Alguns estudos indicam que a preocupação com a aparência muitas vezes é maior do que com a função (WOLF, 1998; FRARE et al., 1997). Nos relatos dos grupos, poucos idosos demonstraram uma preocupação maior com a estética do que com a função, enquanto para outros houve uma inversão nesta relação. Ao contrário dos relatos da literatura, muitos mostraram-se preocupados apenas com a alimentação.

O primeiro relato é de um senhor do grupo independente, usuário de próteses parciais, que confirma a importância da estética acima da alimentação:

I-02 “*Não é somente a estética, é a própria alimentação. Além da estética a alimentação é primordial. Se você não tiver os seus próprios dentes... você nota a diferença entre dentes naturais e dentes artificiais. Em dentaduras totais e parciais a gente nota a diferença, não é igual.*”

Duas senhoras também colocaram a estética em primeiro lugar em comparação com a mastigação:

I-17 “*Na aparência e na mastigação, na alimentação.*”

I-26 “*...primeiro a aparência depois a mastigação.*”

Entre os idosos asilados, muitos consideraram os dentes importantes apenas para alimentar-se e mastigar:

AP-22 “*Acho que influenciam para a gente usar, para comer. Acho que é só isso, né.*”

AP-24 Paciente com dificuldade de ouvir e compreender as perguntas: “*Pra mastigar.*”

AP-26 “*Não posso dizer nada, né.*” Insistindo na pergunta: “*Mastigar, né. Só isso, mastigar. Que pode ser mais? Só mastigar. E está bem firme, não me incomoda nada.*”

AP-32 Senhora natural da Alemanha bastante debilitada: “*Usando para ser necessário para comer.*” Sobre o fato de não tê-la, se lhe afetaria em algo: “*Ya, se eu não tive esta prótese, eu não podia me alimentar.*”

AP-42 “*A gente precisa dos dentes para comer, né.*” Sobre algo mais: “*Mas o que que eu poderia fazer com os dentes? Que que se poderia fazer com os dentes?*”

AF-03 “*Como importantes?*” Reformulando a pergunta: “*Pra comer, né.*”

AF-18 “*Para mastigar.*” Além disso: “*Eu sem dente quase não posso mastigar nada.*” Sobre algo mais: “*Só.*”

Estes relatos reforçam o achado de que a mastigação é a principal função associada aos dentes, quando não é a única nos grupos institucionalizados, enquanto que a aparência parece ser mais importante para os idosos independentes.

6.10 FATORES PSICOLÓGICOS E PSICOSSOCIAIS:

Os dentes, a partir da sua erupção, desempenham papel importante na organização psíquica dos seres humanos (WOLF, 1998), pois este evento marca a mudança de atitude do indivíduo, de passivo recebedor para ativo destruidor (GIGLIO, 1983). Uma vez que os dentes passam a simbolizar força, atitude e independência, a sua perda resulta em desajustes psicológicos como insegurança, ansiedade (GIGLIO, 1983), impotência e não completitude (WOLF, 1998).

Um exemplo de ansiedade e impotência pode ser percebido no relato de uma senhora do grupo independente:

I-08 *“Eu entrei em parafuso quando eu vi que ia perder mais um dente, por causa de uma imperícia de um dentista. Quer dizer, houve uma falta de evolução das pessoas de não saber que não precisa mais tirar uma, tira... botá um pino no dente, tirar o nervo do dente pra, pra apoio de uma ponte.”*

Muitas vezes os pacientes se entregam aos cuidados de um profissional que acaba por não corresponder às expectativas. Além da questão de atualização dos profissionais, problemas como as condições de trabalho oferecidas aos cirurgiões-dentistas devem ser avaliadas. Esses problemas, que são reais na atualidade do cirurgião-dentista, além de afetarem os profissionais, acabam por ter maior impacto nos pacientes tanto física como psicologicamente.

A questão da completitude apareceu nos relatos, mesmo em pacientes muito debilitados e com um grande grau de confusão. Uma senhora portadora do mal de Alzheimer, moradora do asilo particular respondeu à pergunta aberta da pesquisa da seguinte forma:

AP-12 *“Não quero perder... não me ajudam em nada”.*

Pode-se inferir que a paciente, mesmo ciente de que seus dentes não são capazes de desempenhar suas funções, ainda assim são peças que complementam seu ser, são necessários para ela se sentir completa.

Outros idosos expressam essa idéia com maior clareza. Uma senhora do asilo particular, com 82 anos, afirma:

AP-25 *“Eu sempre dei muito valor aos meus dentes,... mesmo eles sendo feios,... mas são meus dentes. Por isso eu dou valor.”* Repetindo a pergunta sobre a influência dos dentes no dia-a-dia: *“Eu não gosto de dentes artificiais. Mesmo estes infelizmente que eu tenho,... preferia que fossem naturais.”*

No grupo independente, diversas respostas estavam relacionadas ao aspecto de completitude:

I-22 *“Influência dos dentes, sem os dentes não dá pra comer. Também tem a parte da beleza; influência, influência, ele é uma parte do nosso corpo, os dentes né?”*

I-23 *“Eu acho que tudo né, porque eles fazem parte de mim, né? É como poder ver, poder ver, poder respirar, poder mastigar, poder engolir.”*

I-07 *“Ele completa o meu ser, ele me completa. Eu sem dente acho que... não, não saberia nem me portar como gente. Ele faz falta pra mim, os dentes. Eu acho que ele é uma peça importante pra pessoa.”*

Uma vez que os dentes fazem parte das pessoas e completam o ser, a perda dentária parece ter um grande impacto na função psicológica das pessoas. Segundo FISKE et al. (1998), as emoções associadas à perda dentária são similares ao processo de múltiplos estágios de aflição, que passam pela negação, raiva, depressão, barganha até chegar a aceitação. Este último estágio pode ser o responsável pela grande quantidade de idosos conformados com a perda dentária e convencidos do estigma de que o idoso tende a ser edêntulo. A frase de uma mulher do asilo particular engloba estes sentimentos:

AP-37 *“O dia em que você ficar sem dentes (levando a mão à boca do entrevistador), você vai se lembrar de mim.”*

Apesar de muitos idosos acabarem por se conformar com este fato, é necessário uma conscientização dos profissionais para o preparo dos pacientes para a perda de dentes.

Outros aspectos de impactos psicológicos também apareceram nas entrevistas. Entre eles destacam-se “os complexos”:

AP-03 “*Vê as pessoas e não pode conversar, assim...a gente tem complexo ai de conversar com uma pessoa.*”

AF-13 “*Me faz muita falta!*” Perguntado o que ele sentia dificuldade: “*Até para rir. Você se sente com complexo de inferioridade.*”

A vergonha também foi um sentimento bastante freqüente nos relatos:

AP-09 “*Eu não posso ficar sem nenhuma prótese.*” Por quê? “(pressionando os lábios para dentro e logo após rindo) *Isso não vai!!!*”

AP-10 “*...dentes são bem, sem eles não ... porque a boca muito ... não tenho nada na boca então..., não, não, não, sem dentes não!!! Eu fico envergonhada.*”

AP-18 “*A gente fica feia né, hein? Fica murcha, fica com a boca, aaiii para!!!! Fica chato né, hein?*”

AF-26 “*A gente fica assim... com vergonha quando esta sem dentes.*” Sobre o porquê da vergonha: “*Fica eu acho assim tão... ruim. Tão assim, indecente.*”

Os dentes e/ou próteses também foram relacionados à personalidade. A partir destes relatos pode-se inferir que eles interferem na idade psicológica das pessoas.

De acordo com GILBERT et al. (1994), os pacientes parecem dar maior importância ao impacto funcional e psicossocial das doenças bucais e seus sintomas do que aos seus sinais. FREEMAN (1999a) listou uma série de fatores psicossociais que interferem na procura e adesão dos pacientes ao tratamento odontológico, como por exemplo, situação socioeconômica, idade e estados de ansiedade odontológica. Diversos fatores psicossociais aparecem nos relatos.

O medo é um exemplo dos fatores que podem levar os pacientes a não procurar por atendimento ou ainda abandonar o tratamento em andamento. Muitas vezes os próprios profissionais despertam estes sentimentos, não se preocupando com aspectos psicológicos dos pacientes:

I-01 “*Desde que os senhores estiveram aqui, eu fiquei interessada, eu fui candidata para a primeira vez. Como (os dentistas) me cortaram muito eu me assustei e não fui mais a dentista, fiquei com medo.*”

I-10 “*Se tem uma coisa que me incomoda é a falta dos meus dentes. É culpa minha porque eu, quando menina, a gente tinha sempre muito medo de dentista nessa época daquelas máquinas, né. A minha mãe me mandava ir no dentista, ficava lá esperando a doutora sentada, mandava todo mundo passar na minha frente. Nem queria ser atendida. Quando via a mãe perguntava mas: como já perdeu um dente? Pois é, ela vem aqui mas ela não faz nada. Eu tinha muito medo da máquina de obter e ia deixando, deixando.*”

I-15 “*Eu sou fruto de uma geração que tinha medo de dentista, e muito. Sofri horrores, o senhor imagina uma menininha e aquela pessoa horrorosa em cima, assim. Eu um horror, então eu tinha um medo pavoroso. Quase perdi todos os dentes.*”

Este medo pode estar relacionado às expectativas em relação ao profissional que, muitas vezes, são difíceis de serem correspondidas, e também resultam no abandono do tratamento. Uma mulher do grupo independente expõe esta situação:

I-22 “*Olha eles me dão muito trabalho porque o meu dentista é muito exigente. Vamos dizer, eu já fiz um trabalho de prótese grande e então é uma 'pulga na camisola' os dentes. Aquela escovada de noite demora não sei, uns dez minutos.*” Perguntada sobre a expressão 'uma pulga na camisola': “*Me incomoda, não é, é uma coisa que tem que estar cuidando, sangramento assim, gengiva. Já era pra eu ter ido no dentista pra ele dar uma olhada não é. Mas não fui.*”

Estes exemplos reforçam a necessidade dos profissionais da odontologia repensarem seus métodos de trabalho, reforçando fundamentos psicológicos e psicossociais que possam melhorar a qualidade de seus serviços, quando aliados à técnica. Repensar a motivação do paciente baseada em aspectos negativos também é importante, pois a exigência demasiada pode ter um efeito negativo, contrário ao esperado.

6.11 COMUNICAÇÃO:

A comunicação através da fala é uma das principais características do ser humano. Segundo SHAY e JONATHAN (1995), a fala depende de uma delicada relação dos dentes, lábios, bochechas e língua coordenados pela função motora oral. Essa função sofre mudanças com a idade, porém em idosos saudáveis estas alterações não comprometem de forma perceptível o ato de falar. Mais do que o envelhecimento, a perda dentária causa alterações na fala, comprometendo a articulação de sons como

o /s/ (GHI e MCGIVNEY, 1979; MORIGUCHI, 1990). A reposição protética também pode interferir na comunicação, pois causa mudanças na ressonância e articulação na cavidade bucal, que resultam eventualmente em problemas de fala (GHI e MCGIVNEY, 1979).

Assim como na literatura, a importância dos dentes para a execução da função da fala esteve presente nas respostas de todos os grupos. O grupo em que mais foi citado foi o asilo particular. O motivo para este resultado pode ser o fato de que além da alimentação, a comunicação é uma das poucas tarefas que este grupo é capaz de realizar no dia-a-dia que envolve diretamente os dentes e/ou próteses.

O folheto O CUIDADO COM OS DENTES (19--) afirma que os dentes são imprescindíveis para uma boa dicção. Duas senhoras do asilo particular confirmam essa informação:

AP-08 “São muito importantes, porque *para falar só com esses três dentes de cima que eu tenho, eu não consigo falar direito, me atrapalho muito...*”;

AP-11 “Pra não ficar com a boca vazia. *Não pode falar bem, não pode cantar nada, não sai a palavra certa.*”

Segundo GHI e MCGIVNEY (1979), os dentes são necessários para uma produção apropriada de certos sons, obstruindo a passagem do ar. Uma senhora do asilo particular, usuária de duas próteses totais, relatou essa situação:

AP-05 “Para comer, *para falar né? Sai vento assim da boca, falta* (gesticulando ao redor da boca)...”.

Apesar dessas evidências, no estudo de STRAUSS e HUNT (1993), a maior parte dos idosos considerou que os dentes não tinham importância para falar.

6.12 SORRIR E RIR:

No estudo de STRAUSS e HUNT (1993), a maioria dos idosos (58%) considerou que os dentes não tinham importância nos atos de sorrir e rir, enquanto que 31% consideravam que os dentes tinham um efeito positivo nessas ações. No presente estudo, 15,5% dos idosos relatam influência (positiva e/ou negativa) dos dentes em relação a sorrir e rir. A diferença deve se dar principalmente em função das metodologias aplicadas, estimulada no trabalho de STRAUSS e HUNT (1993) e espontânea neste. Apesar da frequência menor neste trabalho, acredita-se que as respostas demonstram de forma mais fiel a importância dos dentes para os idosos sorrirem e rirem.

WOLF (1998) enumera em seu trabalho a importância do sorriso para as pessoas e a sociedade. Nos três grupos, idosos responderam que os dentes são importantes para sorrir e rir, e que estas ações sofrem influência dos dentes. Paciente do asilo particular, de 77 anos, respondeu sobre o que os dentes influenciavam:

AP-16 “*Sorrir...*” quanto a importância neste sentido “...*é muito importante.*”

Do asilo filantrópico, a senhora, de 85 anos, exclama sobre as suas dentaduras:

AF-23 “*Oh!!! (prolongado) Maravilhosa. Mas, em todos os fins.*” Pedindo um exemplo dos fins em que eram importantes: “*Mastigar, rir, ... Não tenho o que dizer mal delas.*”

Da UNITI, senhora com forte sotaque espanhol, 68 anos, cita no que os dentes são importantes:

I-09 “*Para comer, sorrir... y até para a saúde también, no*”.

Outros relatos confirmaram a afirmação de WOLF (1998) sobre a questão do sorriso não se completar na ausência dos dentes, pois produz-se aí uma falta no que se queria demonstrar. Idosa independente, de 68 anos:

I-20 “...*agora eu nem posso rir porque estou sem os dentes (inferiores - paciente fez dois implantes e está na fase de osteointegração), mas sempre tive esse problema, não podia rir assim, espontaneamente... E também por não ter aquela liberdade de poder sorrir espontaneamente...*”

Idosa independente, 68 anos, com 11 dentes remanescentes sendo cinco hígidos e quatro cariados:

I-09 *“Pra comer, pra ter um sorriso bonito. Y as veces yo ya no faço isso pra não mostrar que ya no está tan bien la dentadura!!!”*

Idosa independente, 72 anos:

I-17 *“Até pra rir, eu já não rio mais como eu ria por causa disso aqui”* (mostrando as áreas edêntulas inferiores na região dos segundos pré-molares e dos molares).

De acordo com WOLF (1998), a inibição do sorriso tem conseqüências, negativas na auto-estima e no convívio social. Esses significados apareceram nos três grupos entrevistados. Paciente do asilo particular, 70 anos, responde esboçando um sorriso:

AP-04 *“Para dar um sorriso, bonita nada nada de dente, de porteira aberta...”*

Senhora do asilo filantrópico, de 79 anos:

AF-01 *“Eu acho que é só, né. Pela saúde, para comer, para ter pelo menos um sorriso decente, né (risos).”*

Senhor do asilo filantrópico, de 76 anos:

AF-07 *“Só isso aí. Mastigar bem e a apresentação, ter um sorriso bacana... Poder rir abertamente. Aí já é uma vaidade. Acho que só isso. Essas três coisinhas, a ultima é vaidade. Quer dar um sorriso bonito, cativante... Com a dentadura perfeita é outra coisa. Coisa que eu admiro é a dentadura de uma pessoa!! Bah!!! Essas propaganda das Kolinós, eu admiro. Tem uns dentes bacanas.”*

Asilo filantrópico, mulher, 69 anos:

“Me faz muita falta! Até para rir. Você se sente com complexo de inferioridade.”

Idosa independente, de 65 anos:

I-10... *“ Olha bem, agora eu acostumei... sou sempre muito dada pra conversar, tô sempre pronta pra dá uma risada. Eu só dou conta dos meus dentes quando eu tô assistindo televisão e vejo um sorriso bonito eu penso bá, eu isso, dentadura e os meus dentes tão feios.”*

Independente, homem, 65 anos:

I-04 “*Mas é uma influência muito importante, tem toda influência na pessoa, a aparência da pessoa começa pela boca. Você olha pra uma boca de uma pessoa, tu não olha pra pessoa, **olha pra boca, pro sorriso, se tem os dentes feios estraga toda a imagem.***”

A senhora a espera da cicatrização dos implantes completa:.

I-20 “*Eu acho que é isso, a coisa que eu primeiro observo numa pessoa é os dentes, são os dentes. Sabe, a pessoa abre a boca, **sorri**, mas que dentadura maravilhosa. Não é verdade?*”

Atrelados à importância do sorriso outros valores aparecem. De acordo com WOLF (1998), o sorriso parece ter significado importante na auto-apresentação dos sujeitos. O comprometimento do sorriso para este grupo de pacientes parece acarretar a perda da liberdade, da espontaneidade e um sentimento de inconformidade com os padrões sociais. É de grande importância para os profissionais da área odontológica incorporar esses valores à prática diária, pois a importância do sorriso pode servir de estímulo para o tratamento ou, do contrário, comprometer a relação profissional–paciente.

6.13 SEXUALIDADE:

De acordo com MORIGUCHI (1990), não há mais interesse sexual na velhice. A pesquisa do perfil dos idosos do RIO GRANDE DO SUL (1997) discorda desse ponto de vista, mostrando que 33,65% dos idosos pesquisados valorizam o sexo. No presente trabalho, dois idosos (um do asilo filantrópico e outro independente) entraram na questão da sexualidade.

Segundo FISKE et al. (1998) e WOLF (1998), os dentes influenciam nos relacionamentos íntimos, na alçada dos afetos e sexualidade. Um entrevistado do grupo independente respondeu:

I-13 “***Não, eu não mordo ninguém.***” Perguntado se quando mordida ajudava:
“(rindo) *Talvez, já me esqueci.*”

O outro idoso, do asilo filantrópico comentou:

AF-19 “***Namoro!?!?** Eu estou separado da mulher já faz 42 anos... Já não... separado, né. No cartório. Ela é solteira, eu sou solteiro também”. Perguntado sobre o namoro, se ele fosse namorar agora: “**Ah não! Não ia. Tinha que arrumar os dentes primeiro.**” Perguntado se eles influenciam neste aspecto: “*Bah, barbaridade. Eu fico até com vergonha de conversar**

numa reunião. *Eu ir e apresentar, né. Ah! Sem dente assim é brabo* (dente 43 da prótese total inferior).” Sobre mais alguma coisa que os dentes são importantes: *“São importantes por isso.”* Insistindo se ele se lembrava de algo mais: *“Não. Não tenho mais coisa nenhuma.”* E o que ele não faria se não tivesse dentes: *“Muita coisa eu não faria (rindo). Sabe como é que é. Até o... (esfregando uma mão sobre a outra, dando a entender uma relação sexual), né, normal não dá para fazer. Compreende? Agora com dente já é melhor. Até, até em beijo. Não quero beijar, sabe como é. É chato isso aí. Mas o que que eu vou fazer? É isso aí que eu tenho. Mais ruim é não te dente.”*

RISMAN (1998) afirma que a sexualidade sempre foi um tema difícil de ser discutido entre pais e filhos, sociedade e civilizações, entre outros. Talvez essa seja a razão para este assunto ter sido pouco relatado, e apenas por homens, diferente de outros trabalhos (FISKE et al., 1998; WOLF 1998; RIO GRANDE DO SUL, 1997). Apesar da pouca frequência (2,2%) deste tópico entre os idosos, a profundidade do relato do paciente institucionalizado demonstra a importância que um único dente (mesmo sendo de uma prótese total) pode representar na vida de uma pessoa. A ausência desse dente modificou sua sexualidade a ponto de limitar seu convívio social, fez com que não quisesse mais beijar, achar inviável namorar e ter uma relação sexual. São necessários maiores estudos para determinar a real influência dos dentes na sexualidade dos grupos estudados, apesar dos fortes indícios apresentados nessa pesquisa.

6.14 CUIDADOS E HIGIENE BUCAL:

A necessidade da higiene bucal e das próteses é relatada na literatura. Segundo ETTINGER (1992), esses cuidados são essenciais para a manutenção da saúde bucal. Vários relatos demonstram a preocupação com a higiene:

AF-26 *“Porque se a gente não cuida os dentes, a gengiva entra, entra e não tem mais para segurar. Então eu me cuidava muito por isso. A gente tem que se cuidar muito. E depois eu acho assim, os dentes mesmo, é a maior higiene que a gente pode ter, né. Escovar bem, às vezes eu relaxo, sabe. Às vezes eu relaxo. Um pouco de preguiça, sabe. Mas a gente tem que escovar os dentes. A maioria eu ouvi falar que, a doutora me falou para mim que é três vezes por dia o mínimo.”*

I-13 *“Pra mim a importância, uma das maiores porque eu acho a higiene bucal, tem valor como qualquer uma coisa na vida pra mim. Eu vou, eu cuido muito.”*

I-14 *“Ah, muita. É muito importante pra mim os meus dentes. Meu Deus, eu tô sempre cuidando.”* Repetindo a pergunta: *“Em tudo, como é que eu ia*

ficar sem dentes, comer, tem a higiene, pra tudo.” Pedindo mais exemplos: “Ah, sei lá... é tão importante, eu não posso me imaginar sem dentes. Ou com os dentes ruins, nem sei, nunca parei nem pra pensar. Tô sempre indo (ao dentista), pelo menos tendo cuidados, eu tenho ido no dentista, uso aquele aparelhinho (aparelho de profilaxia doméstico), aquele do jato. Eu cuido bastante dos meus dentes.”

I-15 “...é muito importante os dentes pra mim e eu tento cuidar. Porque eu sei, porque eu uso, eu vou ao dentista regularmente porque eu sei que eu já tenho poucos, fruto de uma infância cheia de medos, eu chorava de ter que ir ao dentista.”

Para SANT'ANNA et al.(1992), a má higiene de próteses pode causar lesões nas mucosas, desgaste nos componentes da prótese e também odor desagradável. Para um homem do grupo independente, Cirurgião-Dentista, usuário de prótese parcial removível, o problema do mau odor associado a próteses é claro:

I-02 “...além de não ter mau hálito ou outros problemas, com dentes naturais... preserva mais... as próteses provocam mais hálito, por mais que você tenha higiene, esses próprios acrílicos que nós usamos, essas coisas, nós não conseguimos vencer aquele, aquele cheiro penetrante do acrílico (a absorção de odores pelo material)...”

Para alguns idosos, uma das vantagens do uso de próteses é justamente o contrário, ou seja, a qualidade de higiene que pode se obter. SANT'ANNA et al. (1992) reforçam essa observação quando afirmam que as próteses totais tornam possível a manutenção da cavidade bucal em um grau de higiene muito superior quando comparadas aos dentes naturais e próteses fixas:

AP-28 “E depois a limpeza é tão boa! Eu acho que é uma coisa que eu nunca me arrependi. É muito mais fácil conservar os dentes limpos que os próprios.”

No trabalho de UNFER e SALIBA (2000), 30,8% dos entrevistados não acreditam na durabilidade dos dentes ao longo da vida. Alguns relatos no presente estudo também demonstraram esta crença. No asilo particular, uma senhora fala sobre a perda dentária e a reabilitação:

AP-27 “Não... Eu acho uma coisa natural, um caminho normal da pessoa. Quando o corpo não produz mais, porque não tem peça como no automóvel que a gente pode substituir. Hoje já tem recursos de implantar dentes, eu sei isso, mas comigo não adianta mais.”

AP-29 “Ah!!! Eu tinha dentes bons. Eu tinha dentes bons. Mas com a idade, né, foi caindo um, foi caindo outro... e, aí fui forçada a fazer (a prótese), mas já tinha parece que 60, quase 70 anos quando eu fiz.”

Apesar da crença de que a perda dentária tem relação com a idade, a maioria das pessoas no estudo de UNFER e SALIBA (2000), acreditava ser possível manter os dentes por toda a vida através do auto-cuidado. Alguns relatos evidenciam que a manutenção dos dentes está fortemente relacionada a esse hábito. Uma senhora do asilo particular foi questionada quanto à satisfação com seus dentes (um total de 20 entre dentes naturais e próteses fixas):

AP-13 “Ah, eu estou (satisfeita), muita gente até diz que dava até dinheiro pelos meus dentes! Também todo ano eu vou ao dentista fazer a verificação.”

No trabalho de WOLF (1998), muitos pacientes associaram prioritariamente a perda dos dentes à falta de cuidados, e aos pais por não terem dado boa orientação. Nos relatos do presente estudo, estes sentimentos também estavam presentes:

AF-05 “O caso é o seguinte, eu acho que o relaxado fui eu em deixar os dentes chegar desse jeito.”

Uma alternativa para a educação de jovens e adultos é a utilização destas experiências de vida em relação à importância do auto cuidado, e o impacto negativo da perda dentária, decorrente da falta de higiene adequada.

A questão financeira também afeta os cuidados com a saúde bucal. Alguns relatos evidenciam esta relação, sendo um do asilo filantrópico e outro do grupo independente:

AF-12 “(risos) Eu sem dente, faz anos que eu não tenho dente. Eu tinha vontade de botar chapa. Mas eu não posso, porque eu trabalhei tanto só pro comida. Aí me trouxeram para cá.”

I-15 “Eu acho importante até esse trabalho de vocês, pra vocês vê, porque eu acho que está na hora, chega de país dos desdentados, como diz... agora uma coisa; o povo, o povo, agora vai uma crítica, dificilmente tem acesso ao dentista. É tudo muito caro, é claro que o dentista tem que tirar, mas eu acho que isso devia ser parte da saúde pública, eles fazem campanha de flúor, e eu acho importantíssimo isso; mas eu acho que tem que ter mais.”

A odontologia vem gradativamente deixando de ser um serviço elitista, porém as camadas sociais mais baixas continuam não obtendo proveito dos serviços prestados pelos profissionais. O relato da mulher do grupo independente reforça a necessidade da atenção odontológica pública se estender ao restante da população, que, “abandonada”, acaba por perpetuar a imagem do Brasil como o país dos desdentados.

Porém, segundo MANN et al. (1990), o reconhecimento por parte dos idosos da importância de revisões de rotina é tão crucial para a saúde dentária quanto a acessibilidade ao serviço. Enquanto que DIU e GELBIER (1989) verificaram em seu estudo que muitos idosos sentiam que eles não deviam incomodar o dentista devido à idade, ou que o dentista não queria vê-los, MARINHO (1994) acreditava que a frequência decrescente das visitas ao dentista por parte de pacientes idosos devia-se, possivelmente, à tendência a aceitar a má saúde bucal como algo normal na velhice. Estas situações também estiveram presentes nos relatos:

AP-11 Quanto às dificuldades para realizar estas atividades com a prótese frouxa (anteriormente relatado): *“Eu há muito tempo venho sentindo, mas não posso ir para lá para o meu genro (dentista), gera um desconforto há muito tempo. Eu penso: Ah, eu já estou com a idade tão avançada, porque que eu vou me queixar? Enquanto eu puder mastigar tá bom.”* E quando não puder mais mastigar?” *Eu não vou durar tanto!!”*

AP-05 Quanto à satisfação com as próteses: *“Eu tô, que que fazer (conformada)”*

AF-20 Sobre o interesse de usar uma prótese: *“Não sei, não vejo necessidade. Sem dente, sem nada. A gente vai vivendo. De acordo com a música a gente dança.”*

AF-25 *“A dentadura faz falta numa pessoa. Mais eu agora... se um dia, um belo dia eu puder arrumar outras coisa, tudo bem. Mas se não dá, deixo passar assim. E vai se embora...”*

6.15 O ESTIGMA DO ENVELHECIMENTO:

O imaginário popular está impregnado da associação entre velhice e ausência de dentes (WOLF, 1998). Para os idosos deste estudo, esta crença esteve presente, e alguns relatos mostram a força dessa associação para alguns idosos. Uma senhora do asilo particular, com formação superior, afirmou o seguinte:

AP-27 *“Bem, eu tomo como algo normal, sabe. Pra mim faz ... Eu tenho prótese do olho, tenho prótese dos dentes... e quando a gente envelhece vai ficar cheio de próteses (risos).”*

Na mesma instituição, outra senhora usuária de duas dentaduras relata:

AP-37 *“Bom, eu não posso nem imaginar sem as próteses né. Isso é uma coisa que eu... já faz tantos anos. Imagina ficar sem dentes?”* Insistindo na influência que estar sem dentes tem no seu dia-a-dia: *“Ahh!!! Mas isso não dá nem pra explicar, filho. **O dia em que você ficar sem dentes (levando a mão a boca do entrevistador), você vai se lembrar de mim.**”*

No asilo particular, um senhor edêntulo, sem próteses, foi questionado se sentia falta dos dentes para alguma coisa. A sua resposta foi:

AF-25 *“Não, não. **Estou com idade avançada, sessenta e poucos anos.**”*

A imagem corporal perfeita em nossa sociedade consiste em juventude, beleza, vigor, integridade e saúde. Em contrapartida, o estado de edentulismo está associado à população idosa. Conseqüentemente, a perda dentária representa a perda final da juventude, feminilidade e virilidade (FISKE e DAVIS, 1998).

Muitos relatos dos idosos mostram o estigma sobre o envelhecimento. Alguns idosos consideram a perda dentária conseqüência do envelhecimento, enquanto outros não acreditam serem dignos de receber atenção odontológica. Esses resultados confirmam a afirmação de PADILHA et al. (1998a), de ser necessário desestereotipar a doença odontológica como um processo do envelhecimento. O estereótipo do velho desdentado é gerador de preconceito e desatenção, mesmo entre os idosos, limitando as ações de prevenção e controle da saúde bucal de pacientes idosos. Um senhor do asilo filantrópico mostra em sua resposta o desinteresse em relação ao atendimento odontológico devido à sua idade:

AF-05 *“O negócio é extrair tudo. Eu falei com a minha guria, a guria disse assim: Tu tem que extrair esses dentes, pai. Tudo que tem esses caco velho, aí. Tem que botar uma chapa, uma dentadura. **Mas eu estou velho, já. Sabe o que a guria disse? Mas tu não está em estado de coma ainda!?!? Se eu tivesse oportunidade de extrair tudo aí se põe uma dentadura, uma coisa, né. Dá outro semblante, outro aspecto numa pessoa. Porque lá onde eu trabalhava, tinha um senhor, ele é protético. Ele queria que eu fosse no hospital Conceição e extraísse tudo, que ele fazia os dentes no protético para mim. **Mas eu me desinteressei, vou perder tempo!**”***

AF-08 *“Eu não sei. Eu até **acho que não precisa mais, né doutor?**” Perguntada o porquê: *“**Acho falta assim... porque deforma toda a pessoa. Mas eu não sei se eu preciso dente.**”**

No estudo de FISKE et al. (1998), houve um sentimento geral de que o edentulismo era algo que acontecia com idosos, mas não com os pesquisados.

Segundo MACENTEE (1996), o foco na doença oral nos dá uma visão irreal das populações idosas. A fim de não perpetuar o pessimismo do envelhecimento, estigmatizando-o como um período de extremo declínio e degeneração, é necessário que os profissionais de saúde fundamentem sua atuação na saúde em si, e não na doença.

6.16 SAÚDE GERAL:

A relação da saúde bucal com a saúde geral tem sido abordada na literatura. De acordo com MORIGUCHI (1990) alterações estéticas resultantes da falta de dentes podem ocasionar redução da atividade social dos idosos, aumentando o risco de arteriosclerose cerebral.

A endocardite bacteriana é freqüentemente associada à flora bucal e tratamento odontológico, e vem ocorrendo um aumento no número de casos em idosos (HOLLISTER e WEINTRAUB, 1993).

Segundo LIMEBACK (1998), as infecções odontogênicas podem progredir para diferentes formas de infecções sistêmicas. O autor ainda sugere uma possível relação entre má higiene bucal, doença periodontal severa e a ocorrência de pneumonia de origem bacteriana em idosos institucionalizados.

NAKATA (1998) relatou que a manutenção dos dentes naturais e da capacidade mastigatória dos idosos favorece a manutenção da independência em relação às suas atividades diárias.

HOLLISTER e WEINTRAUB (1993) afirmam que, além das observações clínicas feitas por profissionais de saúde sugerirem relação entre a saúde geral e bucal o relato de pacientes também oferece indícios nesta direção. Nas entrevistas do presente estudo, também foi relacionada a saúde bucal com a saúde de todo o organismo:

I-05 *“Os dente é tudo pra uma pessoa, pra aparência, pra saúde da pessoa...”*

I-08 *“Mas, eu acho que é tudo, agora quando eu tenho esse problema de ficar sem a prótese... tu, tu não consegue comer, tu não consegue te alimentar. Pra mim é isso. Eu acho que reflete toda a reação do teu organismo. Se tu tá mal com a tua boca, mal com tudo, né?”*

I-09 Sobre algo mais: *“Que yo me lembre no... Para comer, sorrir... y até para a saúde también, no. Para saúde también é muito importante, que todos os dientes estejam bien, no.”*

I-17 *“Acho que tendo os dentes bons pra mastigar, pra me alimentar bem, faz bem pra minha saúde, ter uma mastigação boa.”*

Enquanto a literatura reforça que o comprometimento da saúde bucal pode levar à doença sistêmica, a maioria dos relatos referentes a este tema tem uma visão mais positiva, centrado na saúde e não na doença, e afirmam que estando bem a saúde bucal, o restante do organismo é beneficiado.

6.17 QUALIDADE DE VIDA:

A qualidade de vida é descrita por GIFT e REDFORD (1992) como uma variedade de capacidades, limitações, sintomas e características psicossociais que demonstram a habilidade dos indivíduos em obter satisfação de uma variedade de papéis, entre os quais podemos incluir dentes e próteses. O relato de uma senhora do grupo independente ilustra essa afirmação:

I-26 *“Olha, meu filho, eu realmente penso que os dentes são muito importantes, porque eu acho que os dentes são uma das coisas que também colaboram pra pessoa se sentir bem na vida, né...”*

A literatura apresenta diversos fatores relacionados à saúde bucal que têm efeito sobre a qualidade de vida. HOLLISTER e WEINTRAUB (1993) citam uma série de aspectos relativos à boca que podem afetar a qualidade de vida como: dor, comprometimento da estética facial e bucal, da mastigação, da fala, na redução do desejo de interagir socialmente, redução na sensação de bem-estar, cáries, doença periodontal, câncer bucal, disfunção temporo-mandibular, xerostomia, edentulismo, fissuras lábio-palatinas e maloclusões severas. GIFT e REDFORD (1992) complementam esta lista citando outras funções da cavidade bucal como proteção contra infecções sistêmicas, deglutição, auto-estima e comunicação.

A maioria destes fatores (como comprometimento da mastigação, da deglutição, da estética facial, da fala, além de cáries e edentulismo) foi identificado nos relatos dos idosos e no exame clínico. Essa situação reforça a afirmação de JOKOVIC e LOCKER (1997), que sugerem que a qualidade de vida dos idosos está comprometida em proporções substanciais de alguma maneira pela condição bucal e suas seqüelas.

Talvez um dos fatores que reduza a percepção dos indivíduos idosos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida seja o fato destas alterações se manifestarem de forma crônica, o que permite um ajuste gradual a estas limitações.

O certo é que, quando se pretende reabilitar a condição física, psicológica e social de pessoas idosas, deve-se restaurar simultaneamente a saúde e a função da boca. Para alguns autores (EKELUND, 1989; GIFT e REDFORD, 1992), um enfoque especial na mastigação faz-se necessário para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

O estudo de SLADE (1998) verificou que a perda dentária causa mudanças de forma bidirecional na qualidade de vida das pessoas. Este fato ocorre devido a perda dentária causar melhorias em alguns aspectos e decréscimo em outros. Essa situação foi captada claramente em dois relatos:

AF-26 “Eu me sinto bem com os dentes (a dentadura), os outros dentes me estorvavam às vezes (os dentes naturais), e esses dentes aqui me sinto bem melhor.”

AP-28 “Em primeiro lugar, eu tinha antes dentes muito sensíveis e muito justos e eu sempre tinha gengiva inflamada. E não era piorreia! E não era, era só porque os dentes eram muito justos. E a consistência dos dentes não era muito forte, era uma massa meio mole. Eu achei até que mais tarde eu ia ter uma osteoporose, ou qualquer coisa, porque os ossos e os dentes não é mais ou menos a mesma massa? Mas não foi o caso. E sempre tinha uma coisa que me incomodava, eu tinha que tirar um dente, depois o outro, então resolvi tirar tudo, botar uma chapa. Eu nunca me arrependi. No princípio, eu acho que com todas as chapas, incomodava um pouco, ficava com a garganta inflamada, ...mas depois me acomodei. Nunca mais me incomodou.” Insistindo na influência das próteses no dia-a-dia: “Não, de jeito nenhum. Agora, não mastigo tão bem como outras pessoas, churrasco né. Tem carnes que eu não consigo, também outras coisas. Mas eu acho que isso é mais pela posição dos dentes, porque, eu não sei como são outras dentaduras, mas a minha, esta é muito mais saliente (overjet acentuado - Classe 2).” Se além da capacidade mastigatória reduzida haviam outros fatores que eram influenciados: “Em nada.” Foi perguntado porque não ficava nunca sem as próteses: “Eu nunca fico sem dentes. E depois a limpeza

é tão boa! Eu acho que é uma coisa que eu nunca me arrependi. É muito mais fácil conservar os dentes limpos que os próprios. Eu nem me lembro que não são os próprios, eu me esqueço.”

A presença dos dentes naturais para estas pacientes era um fator causador de incômodo. Para a idosa do asilo particular, a presença constante de problemas como gengivite e necessidade de extrações comprometiam a qualidade de vida. A perda dentária acabou com estes problemas, mesmo a prótese causando outra forma de desconforto no início. O fim dos incômodos gerados por dentes e próteses favorecem então um acréscimo na qualidade de vida, reforçados pela qualidade de higiene que é obtida. Porém um decréscimo no ponto de vista de capacidade mastigatória é evidenciado pela idosa. A seleção dos alimentos resultante desta redução na capacidade de mastigar, que acaba por influenciar de forma negativa na qualidade de vida.

6.18 AUTO-PERCEPÇÃO:

MATTHIAS et al. (1995) afirmam que há uma forte relação entre auto-avaliação de saúde e uma série de aspectos, indicando que a auto-percepção de saúde bucal não deve ser ignorada como uma medida adequada das condições bucais em idosos, particularmente nos casos em que exame clínico é inviável. Diversos depoimentos relacionaram dificuldades na mastigação dos alimentos, aparência e dificuldades na comunicação entre outras ao mau estado de saúde bucal, reforçando a validade da auto-percepção como medida alternativa das condições bucais. Para exemplificar este ponto serão repetidas algumas frases dos relatos:

AP-04 *“Não posso falar, não posso comer, mastigar... Para dar um sorriso, bonita nada nada de dente, de porteira aberta... Por causa desse dente aqui (mostrando um resto radicular, que antes sustentava a prótese parcial removível inferior), este lugar ficou vago,... em cima ainda está bom”*.

AF-18 *“Eu sinto a falta desse dente (dente 43 da prótese total inferior). Até para comer. Só isso.” Perguntando sobre o namoro, se ele fosse namorar agora: “Ah não! Não ia. Tinha que arrumar os dentes primeiro. Bah, barbaridade. Eu fico até com vergonha de conversar numa reunião. Eu ir e apresentar, né. Ah! Sem dente assim é brabo.”*

I-02 *“O cuidado que a gente deve ter com os dentes! Eu cuido muito dessa minha dentadura mas ela já tá velha demais, encardida de tantos anos que faz que ela tá assim. Ela tá mal colocada, ela me machuca, de vez em quando eu tenho dificuldade de comer. Eu tô me sentindo prejudicada. Já faz uns dois anos que eu gostaria de corrigir isto.”*

Dos aspectos clínicos relevantes à saúde bucal, a perda dentária é o que tem maior relação com a auto-percepção de acordo com a literatura (MATTHIAS et al., 1995; LOCKER, 1997). Apesar disto, a perda dentária atua de forma complexa na auto-percepção, pois alguns casos têm efeito positivo enquanto que em outros têm resultado negativo. Para LOCKER (1997), o tipo e a qualidade da reposição protética assim como os sintomas dolorosos posterior a perda dentária parecem influenciar neste efeito. Alguns dados do presente estudo confirmam esta hipótese. Enquanto uma mulher do grupo independente relatou que as próteses melhoraram sua saúde bucal, reduzindo a dor e facilitando a higiene, outra mulher do mesmo grupo relatou que:

I-10 *“Se tem uma coisa que me incomoda é a falta dos meus dentes ... eu isso dentadura e os meus dentes tão feios.”*

Estudos são necessários para verificar de que forma esta situação se reproduz na população de idosos, bem como a sua frequência. Estes dados podem favorecer o atendimento de pacientes idosos, estabelecendo perfis de pacientes que se enquadram em práticas mais conservadoras ou não.

Segundo JOKOVIC e LOCKER (1997), a possibilidade de uso da auto-percepção deve gerar mudanças na forma de atendimento odontológico, buscando melhorar a satisfação do paciente com sua saúde bucal, atuando também no impacto da condição bucal no cotidiano, melhorando dessa forma a saúde bucal como é percebida pelo paciente. No relato seguinte, pode-se perceber que muitas vezes o

tratamento odontológico não melhora a satisfação do paciente, resultando em uma troca de problemas:

AP-28 “*Em primeiro lugar, eu tinha antes dentes muito sensíveis e muito justos e eu sempre tinha gengiva inflamada. E não era piorrêia! E não era, era só porque os dentes eram muito justos. E a consistência dos dentes não era muito forte, era uma massa meio mole. Eu achei até que mais tarde eu ia ter uma osteoporose, ou qualquer coisa, porque os ossos e os dentes não é mais ou menos a mesma massa? Mas não foi o caso. E sempre tinha uma coisa que me incomodava, eu tinha que tirar um dente, depois o outro, então resolvi tirar tudo, botar uma chapa. Eu nunca me arrependi. No princípio, eu acho que com todas as chapas, incomodava um pouco, ficava com a garganta inflamada, ...mas depois me acomodei.*”

Apesar de GAMA et al. (2000) afirmarem que não há dúvidas entre a associação da auto-percepção e a qualidade de vida, estes dados devem ser interpretados com cautela. O fato da qualidade de vida ter também características subjetivas parece ter passado despercebido pelos autores. A qualidade de vida é relativa à realidade particular do indivíduo, bem como a experiências e/ou situações vividas. Sendo assim, pessoas com maior grau de independência tendem a ser mais exigentes em relação a sua qualidade de vida que pacientes debilitados.

Finalmente, ATCHISON et al. (1993) reforçam que a disparidade nos fatores que influenciam a avaliação da saúde bucal pode ter importantes implicações no tratamento, se o dentista e o paciente não concordarem na quantidade e no tipo de tratamento requerido. Estas diferenças podem ocasionar o abandono do tratamento, como anteriormente relatado:

I-22 “*Olha eles me dão muito trabalho porque o meu dentista é muito exigente. Vamos dizer, eu já fiz um trabalho de prótese grande e então é uma 'pulga na camisola' os dentes. Aquela escovada de noite demora não sei, uns dez minutos.*” Perguntada sobre a expressão 'uma pulga na camisola': “*Me incomoda, não é, é uma coisa que tem que estar cuidando, sangramento assim, gengiva. Já era pra eu ter ido no dentista pra ele dar uma olhada não é. Mas não fui.*”

Este relato reforça a necessidade de aproximação da percepção dos pacientes por parte dos profissionais. A simples imposição de percepções próprias tende a fragilizar a relação profissional/paciente ao extremo. A conscientização dos pacientes também é imprescindível para a

obtenção de sucesso nos tratamentos, e o ponto de partida para esta ação é, sem dúvida, o conhecimento das percepções do paciente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONSTATAÇÕES

A definição do ponto de corte para ingresso na velhice continua um tema complexo devido às variações biológicas, sociais e psicológicas. Porém, em muitos relatos, ficou evidente a forte relação que os idosos estabelecem entre a perda dentária e o envelhecimento em aspectos gerais.

Apesar das amostras deste estudo não serem estatisticamente representativas, elas reforçam constatações da literatura e nos permitem inferir que o fato de as mulheres terem uma idade “burocrática” para envelhecer menor que a dos homens está equivocado, pois a longevidade feminina é de modo geral maior que a masculina.

Em relação às características clínicas, o percentual de edentulismo é elevado entre os grupos institucionalizados deste estudo, e a cárie permanece como um problema significativo na condição bucal dos idosos dos três grupos. O uso de próteses também apresenta diferenças marcantes entre os grupos, tanto em relação ao tipo quanto a quantidade de aparelhos. O grande número de alterações de mucosa reforça a necessidade de avaliações periódicas dos tecidos moles da boca pelos profissionais de saúde bucal com o intuito de prevenir o desenvolvimento de lesões malignas.

A importância dos dentes para os idosos sofre enormes variações de indivíduo para indivíduo. Enquanto para alguns, os dentes são “*tão vitais quanto respirar*”, outros afirmam que melhor seria não tê-los. Essas diferenças necessitam ser esclarecidas, verificando-se as situações e as condições de saúde que geram estes comportamentos e todas as variações intermediárias. Os idosos independentes

atribuíram importância aos dentes em um maior número de aspectos, enquanto os indivíduos do asilo particular em um número menor.

A alimentação, mastigação e digestão foram os aspectos relacionados à importância dos dentes com maior frequência em todos os três grupos de idosos. Ainda que existam controvérsias na literatura sobre este tema, para os idosos esta relação parece bastante evidente.

O comprometimento do estado dentário e da função mastigatória levou muitos idosos à prática de seleção dos alimentos, que, segundo a literatura, pode acarretar a carência de uma série de nutrientes. Ainda assim, são necessários mais estudos para esclarecer as condições que levam os idosos a selecionar os alimentos.

É necessário dar condições mínimas de saúde bucal aos idosos para que garantam o prazer de comer. Essas condições podem ser resumidas em ausência de dor de maneira geral e em especial durante a alimentação, e ainda a manutenção da capacidade mastigatória.

A aparência foi relacionada aos dentes. O comprometimento da aparência se dá, de acordo com a maioria dos idosos, devido à perda dentária, que, por sua vez, foi várias vezes ligada ao envelhecimento.

Os dentes estão relacionados a vários aspectos psicológicos dos idosos, como a auto-estima, completude e a auto-representação. Os dentes também têm para os idosos relações com aspectos psicossociais como a ansiedade e o medo odontológico.

A importância dos dentes na comunicação foi maior entre os idosos do asilo particular. A falta dos dentes, para estes idosos, compromete a dicção e a comunicação. Este fator deve ser levado em conta na motivação de pacientes em relação ao auto-cuidado e tratamento.

A importância dos dentes para sorrir foi relatada nos três grupos. Os significados do sorriso são amplos, abrangendo aspectos psicológicos e sociais. A função de sorrir também deve ser considerada pelos dentistas no que diz respeito a tratamento e motivação dos pacientes.

A sexualidade também está relacionada com os dentes. O pequeno número de relatos abordando esta questão sugere que, ainda que seja um tabu para este grupo social, mais pesquisas devem ser realizadas, buscando ligar estes pontos.

Diversos idosos reconhecem a importância dos hábitos de higiene oral. Apesar de alguns considerarem a perda dentária como consequência do envelhecimento, outros atribuem à falta de cuidados. A questão financeira parece afetar os cuidados dos pacientes idosos, porém a atuação frente ao estigma de que a má saúde bucal é inerente aos velhos também deve ser trabalhada.

Enquanto os dados da literatura relacionam os dentes a problemas de ordem sistêmica, a maioria dos relatos dos idosos a cerca deste assunto relacionam os dentes à saúde geral. É necessária uma mudança de enfoque de odontologia da doença para a saúde, reforçando a importância da manutenção dos dentes em boas condições como fator predisponente a um estado de saúde geral.

Os relatos dos três grupos apresentaram índices de que a qualidade de vida destes idosos está comprometida por problemas bucais. Os fatores relacionados aos dentes, que mais parecem comprometer a qualidade de vida, são problemas na mastigação, comprometimento da estética facial, da comunicação, da deglutição e da auto-estima.

A metodologia de pesquisa qualitativa é pouco usual na odontologia, mas baseado na qualidade de dados que oferece, deve ser cada vez mais utilizada. É imprescindível que as normas para publicação de trabalhos científicos sejam repensadas dentro da odontologia, facilitando a divulgação destes trabalhos sem que seja necessário deformá-los. O ensino da metodologia de pesquisa também deve preocupar-se com a abordagem das técnicas qualitativas, ressaltando as suas aplicações dentro de estudos da área odontológica.

O estudo de auto-percepção de saúde na Odontologia, e mais especificamente na Odontogeriatrics, é promissor, porém mais estudos são necessários para direcionar a sua aplicação.

8. SUMMARY

Literature has reported the importance of teeth; however, the relevance of this issue to the elderly has been approached almost exclusively in quantitative researches. The aim of this study was to identify the importance of teeth and prostheses to three different groups of elderly people by using quantitative and qualitative methods in interviews and clinical examinations. This investigation evaluated a group of independent elderly people, a group from a private institution, and a group from a philanthropic nursing home. As to the clinical characteristics, the percentage of edentate elderly is high among in institutionalised groups, whereas caries remain as an oral health problem in all groups. The use of prosthesis has been proved to be markedly different among the groups with regard to type and amount. The importance of teeth to elderly people varies from one individual to the other. These differences need to be clarified investigating health situations and conditions that cause these behaviours and all intermediate variations. Nourishment, chew, digestion, food selection, the pleasure of eating, appearance, psychological and psychosocial aspects, communication, the act of smiling, sexuality, oral hygiene, general health, and life quality all aspects, according to the elderly, are influenced by the presence and/or absence of teeth and prostheses, thus characterising the importance of such aspects in the daily lives of these people.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-ALI, F; HEATH, M.R; WRIGHT, P.S. Chewing performance and occlusal contact area with the shortened dental arch. **Eur. J. Prosthodont. Rest. Dent.**, Larkfield, v.6, n.3, p.127 - 132, 1998.
- ALVAREZ-ARENAL, A. et al. DMFT and treatment needs in adult population of Oviedo, Spain. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.24, n.1, p.17-20, Feb. 1996.
- ATCHISON, K. A. et al. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v.53, n.4, p.223-230, Fall 1993.
- ATCHISON, K. A; DER-MARTIROSIAN; GIFT, C.H. Components of self-reported oral health and general health in racial and ethnic groups. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v.58, n. 4, p. 301-308, Fall 1998.
- ATWOOD, D. Reductions of residual ridges: a major oral disease entity. **J. Prosthet. Dent.**, Saint Louis, v.26, n.3, p.266-279, Sept. 1971.
- BALDWIN, D. C. Appearance and aesthetics in oral health. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.8, n.5, p.244-256, 1980.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 230p.
- BERKEY, D. B. Meaning and value of oral health for older person: research findings and clinical care implications. A reactor's notes. **Gerodontology**, Mount Desert, v.13, n.2, p.90-93, Dec. 1996.
- BLINKHORN, A. S. Qualitative research - does it have a place in dental public health? **J Public Health Dent.**, Raleigh, v.60, n.1, p.3-4, Winter 2000.
- BONITA, R. **Women, aging and health**. Geneve: World Health Organization, 1996. 55p.
- CERVANTES, M. Donde se cuentan las razones que pasó Sancho Panza con su señor don Quijote, con otras aventuras dignas de ser contadas. In: _____. **Don Quijote de la Mancha I**. [S.l.]:PML Ediciones, 1994. cap.18, p.161-172.
- CHOW, N. W. The chinese family and support of elderly in Hong Kong. **Gerontologist**, Washington, v.23, n.6, p.584-588, Dec. 1983.

CONS, N. C. et al. Perceptions of occlusal conditions in Australia, the German Democratic Republic and the United States of America. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.33, n.2, p.200-206, June 1983.

DIU, S; GELBIER, S. Oral health screening of elderly people attending a community care center. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 17, n.4, p.212-215, Aug. 1989.

DOLAN T. A. et al. Three-year changes in global oral health rating by elderly dentate adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.62-9, Feb. 1998.

DOLAN, T. A; ATCHINSON, A. K. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.57, n.12, p.876-887, Dec. 1993.

DOLL, J. Saúde subjetiva e satisfação de vida – um estudo comparativo com pessoas idosas no Brasil e na Alemanha. **Gerontologia**, São Paulo, v.6, n.3, p.99-110, 1998.

DUARTE, L. R. S. Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v.2, p.35-47, 1999.

EKELUND, R. Dental state and subjective chewing ability of institutionalized elderly people. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.1, p. 24-27, Feb. 1989.

ELIAS, A.; SHEIHAM, A. The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in Brazilian adults. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v. 26, n.1, p.53-71, Jan. 1999.

ETTINGER, R.L. Changing dietary patterns with changing dentition: how do people cope? **Spec. Care Dent.**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 33-39, Jan./Feb. 1998.

ETTINGER, R.L. Oral care for then homebound and institutionalized. **Clin. Geriatr. Med.**, Philadelphia, v.8, n.3, p.659-672, Aug. 1992.

ETTINGER, R. L. Oral disease and its effect on the quality of life. **Gerodontics**, Copenhagen, v.3, n.3, p. 103-106, June 1987.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int. Dent. J.**, Guilford, v.32, n.1, p.74-77, Mar. 1982.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1500p.

FIGUEIREDO, M.A.; YOURGEL, L. S; LORANDI, C. S. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.5 ,n.10, p.57-61, dez. 1990.

FISKE J. et al. The emotional effects of tooth loss in edentulous people **Br. Dent. J.**, London, v.184, n.2, p.90-93, Jan.1998.

FRARE, S. M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.51, n.6, p.573-76, nov./dez. 1997.

FREEMAN, R. Barriers to accessing dental care: patient factors. **Br. Dent. J.**, London, v.187, n.3, p.141-144, Aug. 1999a.

FREEMAN, R. Communicating effectively: some practical suggestions. **Br. Dent. J.**, London, v.187, n.5, p. 240-244, Sept. 1999b.

FURE, S; ZICKERT, I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.2 , p.137-142, Apr. 1997.

GALAN, D. et al. Medical and dental status of a culture in transition, the case of the Inuit elderly of Canada. **Gerodontology**, Mount Desert, v.10, n. 1, p. 44-50, July 1993.

GAMA, E. V. et al. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. **Age Ageing**, Oxford, v.29, n.3, p.267-270, May 2000

GHI, H; MCGIVNEY, G. P. Influence of tooth proprioception on speech articulation. **J. Prosthet. Dent.**, Saint Louis, v.42, n.6, p.609-613, Dec. 1979.

GIFT, H. C; REDFORD, M. Oral health and quality of life. **Clin. Geriatr. Med.**, Philadelphia, v.8, n.3, p.673-683, Aug. 1992.

GIGLIO, E. M. O significado psicológico dos dentes. **Rev. Odontol. Met.**, São Paulo, v.4, n.2, p.37-40, 1983.

GILBERT, G. H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.44, n.2, p.145 - 152, Apr. 1994.

HANSON, B. S; LIEDBERG, B; OWALL, B. Social network, social support and dental status in elderly Swedish men. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.22, n.5 pt.1, p.331-337, Oct. 1994.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 366p.

HEATH, M. R. Dietary selection by elderly persons, related to dental state. **Br. Dent. J.**, London, v.132, n.4, p.145-148, Feb. 1972.

HEREDIA, O. C. Características demográficas da terceira idade na América Latina e no Brasil. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v.1, p.7-21, 1999.

HOLLISTER, M. C; WEINTRAUB, J. A. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.57, n.12, p.901-912, Dec. 1993.

JOKOVIC, A; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v.57, n.1, p.40-47, Winter 1997.

JORGE, J. J. et al. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.19, n.3 , p. 173-175, June 1991.

KALACHE, A.; VERAS, R. P; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, jun. 1987.

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

KRALL, E; HAYES, C; GARCIA, R. How dentition status and mastigatory function affect nutrient intake. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.129, n.9, p.1261-1269, Sept. 1998.

KRAMER, I. R. H. et al. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.8, n.1, p.1-26, Feb. 1980.

LAMY, M. et al. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. **J. Dent.**, Guilford, v.27, n.6, p. 443-448, Aug. 1999.

LEAKE, J. L; HAWKINS, J. R; LOCKER, D. Factors influencing the amount and type of dental services received by older adults in four municipalities in Ontario, Canada. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v.56, n.4, p.182-189, Summer 1996.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estud. Interdiscip. Envelhec.**, Porto Alegre, v.1, p.7-36, 1999.

LIMEBACK, H. Implications of oral infections on systemic diseases in the institutionalized elderly with a special focus on pneumonia. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v.3, n.1, p.262-275, July 1998.

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 25, n.3, p.199-203, June 1997.

LUAN, W. M. et al. Ten-year incidence of dental caries in adult and elderly Chinese. **Caries Res.**, Basel, v.34, n.3, p.205-213, May/June 2000.

- MACENTEE, M. I. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. **Gerodontology**, Mount Desert, v.13, n.2, p.76-81, Dec. 1996.
- MANN, J. et al. Dental behavioral aspects of a non-institucionalized elderly population. **Gerodontology**, Mount Desert, v. 9, n. 3, p. 83-88, Autumn 1990.
- MARIÑO, R. La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. **Bol. Ofic. Sanit. Panam.**, Washington, v.116, n.5, p.419-26, May 1994.
- MARTINS NETO, N; PADILHA, D. M. P. Avaliação clínica da saúde bucal e do uso do fumo de três grupos de idosos. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.3, n.31, p. 53-71, dez. 2000.
- MATEOS, A. Brasileiros comem cada vez mais e com pior qualidade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p.8-20, jan./fev. 1999.
- MATTHIAS, R. E. et al. Factors affecting self-ratings of oral health. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 55, n.4, p.197-204, Fall 1995.
- MAUPOMÉ, G; MACENTEE, M. I. Prosthodontic profiles relating to economic status, social network, and social support in an elderly population living independently in Canada. **J. Prosthet. Dent.**, Saint Louis, v.80, n.5, p.598-604, Nov. 1998.
- MEEUWISSEN J.H. et al. Satisfaction with reduced dentitions in elderly people. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.22, n.6 , p.397-401, June 1995.
- MELLO, A. L. F; PADILHA, D. M. P; ROSA, M. A. C. **Casas geriátricas do município de Porto Alegre: manual de orientação aos usuários**. Porto Alegre: UFRGS, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação, nov. 2000.
- MILOSEVIC, A. Etiology of toothwear. **Dent. Update**, Guildford, v.25, n.2, p.50-55, Mar. 1998.
- MIURA, H. et al. Evaluation of chewing activity in the elderly person. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.25, n.3, p.190-193, Mar.1998.
- MOJON, P; BUDTZ-JORGENSEN, E; RAPIN, C. H. Relationship between oral health and nutrition in very old people. **Age Ageing**, Oxford, v.28, n.5, p.463-468, Sept. 1999.
- MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.5 , n. 9, p. 117- 123, jan/jun, 1990.
- NAKATA, M. Mastigatory function and its effects on general health. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.48, n.6, p.540-548, Dec. 1998.

O CUIDADO COM OS DENTES. [S.l.: s.n.] [19--]

OOSTERHAVEN, S. P; WESTERT, G. P; SCHAUB, R. M. H. Perception and significance of dental appearance: the case of missing teeth. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.3, p.123-126, June 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal. Manual de instruções.** 3. ed. São Paulo: Santos, 1991. 53p.

OW, R. K. K. et al. Perceived mastigatory function among elderly people. **J. Oral Rehabil.**, Oxford, v.24, n.2, p.131-137, Feb. 1997.

PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics: em busca de novas definições. **Ação Coletiva**, Brasília, v.1, n. 3, p. 24-26, jul./set. 1998a.

PADILHA, D. M. P. et al. Odontogeriatrics na Universidade: para não perder tempo. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, p. 14-16, jul. 1998b.

PADILHA, D. M. P; de SOUZA, M. A. L. Estado dentário e edentulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. **Rev. Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.12, n.24, p.67-83, dez.1997.

PAPAS, A. S. et al. The effects of denture status on nutrition. **Spec. Care Dent.**, Chicago, v.18, n.1, p.17-25, jan./feb.1998a.

PAPAS, A. S. et al. Relationship among education, dentate status, and diet in adults. **Spec. Care Dent.**, Chicago, v.18, n.1, p.26-32, jan./feb.1998b.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.211-24, jun. 1987.

REICHART, P. A. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.28, n.5, p.390-398, Oct. 2000.

REISINE, S. T. et al. Impact of dental conditions on patients quality of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.1, p. 7-10, Feb. 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul**: garantias e violações dos direitos humanos no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 1999. 555p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do rio grande do sul**: estudo multidimensional de suas condições de vida. Porto Alegre: CEI, 1997. 124p. Relatório de pesquisa.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Saúde: municipalização solidária**. Porto Alegre, 2000.

RISMAN, A. Sexualidade. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 212p. cap.2, p.111-115.

SANT'ANNA, A. T. et al. Higienização de prótese total pelo método mecânico. **Odonto 9/ caderno documento**, v.2, n.3, p.280-285, set./out. 1992

SHAY, K; JONATHAN, A. S. The importance of oral health in the older patient. **J. Am. Geriatric Soc.**, Baltimore, v.43, n.12, p.1414-1422, Dec.1995.

SLADE, G. D. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, n.1, p.52-61, Feb. 1998.

SMITH, J. M; SHEIHAM, A. How dental conditions handicap the elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.7, n.6, p.305-310, 1979.

STEELE, J. G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.6, p.143-149, Apr. 1997.

STEELE, J. G. et al. Major clinical findings from a dental survey of elderly people in three different English communities. **Br. Dent. J.**, London, v.180, n.1, p.17-23, Jan. 1996.

STRAUSS, R. P. Culture, dental professionals and oral health values in multicultural societies: measuring cultural factors in geriatric oral health research and education. **Gerodontology**, Mount Desert, v.13, n.2, p.82-89, Dec.1996.

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

STUCK, A. E. et al. Dental treatment needs in an elderly population referred to a geriatric hospital in Switzerland. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.5, p.267-272, Oct. 1989.

SZASZ, T. S. **Prazer e dor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 214p.

TICKLE, M; CRAVEN, R; WORTHINGTON, H. V. A comparison of the subjective oral health status of older adults from deprived and affluent communities. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.25, n.3, p.217-222, June 1997.

UNFER, B; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.34, n.2, p.190-195, abr. 2000.

VERAS, R.P.; RAMOS, L. R; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.21, n.3, p.225-233, jun. 1987.

VIGILD, M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalized elderly people. **Gerodontology**, Mount Desert, v.10, n.1, p.10-15, July1993.

VIGILD, M. Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.17, n.2, p.102-105, Apr. 1989.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.52, n.4, p.307-316, jul./ago. 1998.

YEWE-DYER, M. The definition of oral health. **Br. Dent. J.**, London, v.174, n.7, p.224-225, Apr. 1993.

10. ANEXOS

ANEXO I – Termo de aprovação no Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

ANEXO II Termo de Consentimento Informado.

Termo de consentimento informado

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Recebi a explicação detalhada relacionada à aplicação do questionário sobre a importância dos dentes e sua influência no dia a dia e o exame clínico, o qual será realizado com espelho odontológico, sonda exploradora e sonda periodontal milimetrada, com o auxílio de luz artificial e/ou natural. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar o Cirurgião-Dentista Eduardo Dickie de Castilhos (responsável pela Pesquisa) no telefone 241 2414.

Declaro ainda que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Assinatura do Paciente	Nome	Data
------------------------	------	------

Assinatura - Eduardo Dickie de Castilhos	Data
--	------

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente) em _____/_____/_____ (data) pelo Cirurgião-Dentista Eduardo Dickie de Castilhos enquanto eu estava presente.

Assinatura da Testemunha	Nome	Data
--------------------------	------	------

ANEXO III Ficha Clínica

Grupo:

Ficha nº:

Nome:

Idade:

Gênero:

Profissão:

Escolaridade:

Índice CPOD:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Próteses:

Tipo: Superior T P

Inferior T P

Alterações de mucosa:

Lesão

Região

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)
- g)

