

Resgatando a auto-estima: impactos da saúde bucal sobre a qualidade de vida do idoso

Bruna de Freitas Santos¹
Suely Maria Rodrigues²
Carlos Alberto Dias³

RESUMO

A promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do idoso exige criação de meios que elevem sua auto-estima. Sendo a boca, instrumento privilegiado de comunicação, realizou-se esse estudo, objetivando identificar as mudanças provocados sobre a auto-estima e qualidade de vida do Idoso, decorrentes da melhoria da Saúde Bucal proporcionada pela intervenção odontológica. Para isto utilizou-se de Exame Clínico da Cavidade Bucal, Auto-avaliação da Saúde Bucal (GOHAI) e Entrevistas Psicológicas realizadas antes e após tratamento odontológico. Dados de 78 idosos indicam que com a melhoria da Saúde Bucal o idoso se torna mais otimista enfrentando melhor o envelhecimento.

Palavras chave: Idoso, Auto-estima, Qualidade de vida, Saúde bucal, Odontogeriatria, Psicologia

Sessão Temática:
3. Demografia

¹ Graduanda em Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG)

² Odontóloga, Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da UNIVALE.

³ Psicólogo, Doutor em Psicologia Clínica. Professor do Programa de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da UNIVALE.

Introdução

Até meados do século XX, o conceito de saúde relacionava-se diretamente à idéia de ausência de doença. Com a ampliação deste conceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947, citado por FREITAS et al., 2002), saúde passou a ser entendida como “o estado de bem estar físico, psíquico e social”. Neste aspecto, entende-se que o estado de equilíbrio pode ser atingido por um indivíduo portador de doenças devidamente tratadas e/ou compensadas. Portanto, o objetivo atual não é eliminar a doença, mas auxiliar o sujeito a ter melhor qualidade de vida mesmo que deva conviver com ela. Este é, por exemplo, o caso da AIDS e doenças sistêmicas.

Essa mudança de conceito criou um espaço para discussão no tocante à Promoção da Saúde do Idoso. Tal discussão é relevante, pois a partir dos anos 80, o envelhecimento populacional tornou-se um fenômeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Nesse contexto, a sociedade se vê diante da necessidade de preparar-se para que o envelhecimento ocorra de forma digna, afinal velhice é uma conquista pessoal que atribui ao indivíduo o direito de viver muito, mas de forma satisfatória.

A preparação em relação a essa dignidade inclui entre outros a qualidade dos serviços prestados pelo Estado aos idosos. Tais serviços devem ter a capacidade de assegurar a tais indivíduos o direito a tudo o que é básico: saúde, transporte, lazer, ausência de violência no espaço familiar e no espaço público, entre outros. Nesse cenário, a necessidade de serviços direcionados ao idoso torna-se quase um imperativo. Para atender à crescente demanda desse seguimento da população, os diversos campos do conhecimento buscam associar-se criando projetos e ações interdisciplinares. A Psicologia e a Odontologia se constituem em disciplinas com elevado potencial para atender tal apelo. O trabalho interdisciplinar busca não apenas atuar sobre a doença física, mas oferecer um tratamento que leve em conta todas as esferas da vida do indivíduo. Em outros termos, tratamento simples e capaz de devolver ao indivíduo suas funções fisiológicas, psicológicas e sociais.

A Odontogeriatrics tem como perspectiva o estudo do envelhecimento e das alterações bucais nesse processo, bem como a prevenção e tratamento das doenças bucais ou com repercussão na boca dos indivíduos, na velhice. Por sua vez, a Psicogerontologia estuda os processos psicológicos decorrentes do envelhecimento, enfocando tanto as alterações emocionais ocorridas num contexto intrapsíquico, quanto às representações que o idoso desenvolve em relação à sua importância como um ser-no-mundo e sua postura diante daqueles que fazem parte de seu grupo familiar e social.

A saúde bucal do idoso tem sido descrita por pesquisas do mundo inteiro como precária. Uma das primeiras metas de promoção da saúde na terceira idade seria o combate ao estigma do idoso desdentado. A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade. Essa ocorrência não é ainda amplamente entendida como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta. Tais políticas são vitais para que o idoso mantenha seus dentes até idades mais avançadas. Este ponto de vista é suportado pelo fato de que nas diversas pesquisas realizadas nesse campo não ficou evidente que a perda dentária ou qualquer doença bucal sejam específicas do processo de envelhecimento (PUCCA Jr., 2000; ROSA et al., 1992).

Surge então, a necessidade de que as ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, estejam disponíveis a todos os indivíduos independentemente de sexo e faixa etária. Ações

capazes de promover o mais alto grau de saúde, bem como permitir uma melhor qualidade de vida. Segundo Neri (1999a), qualidade de vida significa estar satisfeito com a própria vida no presente, e ter perspectivas positivas em relação ao futuro.

A estratégia para promoção da saúde baseada em prevenção de fatores de risco comuns a doenças tem ampla aplicabilidade no caso da população velha e "envelhecete". Tanto para os profissionais da gerontologia quanto para o idoso, seus familiares e/ou cuidadores, faz-se necessário desenvolver estratégias visando tal finalidade. Dentre essas, estão a educação permanente e um direcionamento das tecnologias para tratamento e reabilitação, capazes de promover a inclusão do idoso de forma ética nas diversas ações de saúde. Processo este que culminaria na melhoria da saúde e qualidade de vida destes usuários. Promover, do latim, *promovere* significa "trabalhar a favor de". Promover saúde na terceira idade significa criar condições que elevem e mantenham a qualidade de vida. Este é o fim para o qual devem convergir todos os esforços de promoção de saúde (SHEIHAN, 2001).

As dificuldades de adaptação à velhice estão ligadas a vários fatores, tais como: doença física, viuvez, saída dos filhos de casa, retirada do convívio familiar e social, falta de atividade, escassez da vida sexual, dentre outros.

Até o século XIX, o envelhecimento era visto como um período improdutivo, de poucas finanças e de uma produção escassa. Na concepção da época, era preciso ceder lugar a outros que não estavam como o idoso em declínio. Em outros termos, o modo como essa fase do ciclo vital era compreendida, sugeria uma decadência de determinadas funções e atributos, especialmente relacionados com a realização de atividades.

Vive-se em uma sociedade que discrimina o idoso e todo seu vasto conhecimento. "A sociedade moderna não prevê um papel específico para os velhos, abandonando-os a uma existência sem significado" (NERI, 1999b, p. 42). Ao envelhecer, tornam-se parte de um grupo estigmatizado, e interagir com outros pode representar riscos para sua auto-estima. Isto porque nessas condições já estão incorporadas uma série de valores e crenças que desqualificam o idoso como cidadão. Mesmos os estereótipos positivos sobre o idoso podem mudar as dinâmicas das relações, ameaçando-o, exigindo em decorrência uma seleção mais cuidadosa dos parceiros sociais.

Revisão de Literatura

É possível encontrar uma série de relatos históricos retratando o lugar e importância do idoso nas sociedades humanas. Na Bíblia, sobretudo no Antigo Testamento, os idosos eram considerados Patriarcas e em decorrência gozavam de elevada estima. Este foi o caso de Noé, Abraão, Jó, dentre outros. Em decorrência das condições sociais e financeiras das sociedades, uma ínfima proporção da população alcançava a idade de 60 anos. Com os avanços da medicina, melhoria das condições sanitárias da população e outras variáveis, viver até os 60 anos ou mais se tornou comum na atualidade. Isso justifica a existência de milhões de idosos no mundo todo. O envelhecimento populacional, marcado pela longevidade, é uma situação relativamente nova, que aumentou significativamente a proporção do número de idosos em relação às demais faixas etárias.

O século XX é marcado pela explosão de medidas que visam postergar a morte. Tais medidas tiveram como uma de suas maiores conquistas o envelhecimento populacional. Os desenvolvimentos socioeconômicos e cultural aliados à tecnologia conseguiram a longevidade da espécie humana. Esse prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado

inúmeros questionamentos acerca de como estará sendo compreendido o envelhecimento humano dentro das sociedades.

Reportando-se ao século XVIII, na França, é patente o desinteresse pela camada da população idosa e carente. A palavra *velhice* não possuía conotação pejorativa, sendo empregada para designar aqueles que dispunham de bom poder aquisitivo. A esses eram associadas imagens de “bom pai” ou “bom cidadão”. Observa-se, por conseguinte, que a *velhice* daquele tempo só existia para aqueles que estavam situados na camada mais rica da sociedade e ainda exerciam papel de destaque no mundo financeiro e produtivo. No século XIX, no que se refere aos vocabulários classificatórios, designava-se como velho, ou *vieux*, essencialmente, as pessoas que não podiam assegurar seu futuro financeiro. O indivíduo que não tinha status social era chamado de velhote, ou *vieillard*. Já o termo idoso, em francês *personne âgée*, era atribuído àquele que vivia socialmente bem (FREITAS et al., 2002).

Com o aparecimento de novas políticas sociais e mudanças na estrutura social, instituiu-se as pensões, o que fez aumentar o prestígio dos idosos, agora aposentados que passaram a ter poder financeiro. Nessa ocasião, esses termos sofreram modificações, e voltou-se um novo olhar para a pessoa idosa. Surgiu em decorrência desse novo contexto, a expressão terceira idade. Esta designou, principalmente, envelhecimento ativo e independente. De certa forma criou-se uma correlação entre aposentadoria e a *velhice*, o que valorizou essa etapa vital. No Brasil, não existe designação específica para as diferentes situações vivenciais do idoso, tal como ocorre na França. Idoso, velho, terceira idade dentro outros possui o mesmo significado. Todas essas expressões passaram a ser utilizadas no vocabulário cotidiano. Algumas vezes qualquer termo pode ser usado com conotação depreciativa, porém, sem preocupação com a situação sócio-econômica do sujeito (FREITAS et al., 2002).

Na definição desta fase da vida dos sujeitos devem-se levar em consideração três elementos: o idoso como protagonista, a *velhice* como última fase da vida, e o envelhecimento enquanto processo que transcende a própria *velhice* para abranger todo o curso de vida. É impossível dar uma única definição que possa ser útil e encaixe em todos os contextos. Na contemporaneidade, entende-se que as fases vitais não podem ser baseadas apenas no aspecto cronológico. A esse respeito San Martin e Pastor fazem a seguinte reflexão:

Não existe um consenso sobre o que se chama de *velhice*, porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural [...] a *velhice* não é definível por simples cronologia, senão – e melhor! – pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas analisadas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica (...) (SAN MARTIN e PASTOR, Apud PAPALÉO NETTO, 2002, p. 27).

Com base nessa reflexão pode-se dizer que o processo de envelhecimento se dá de forma pessoal e peculiar, justificando o fato de pessoas idosas não envelhecerem da mesma forma. É preciso conhecer não só a idade cronológica, mas também as condições psíquicas, econômicas e sociais, para que o conceito resultante represente a totalidade, e não somente aquela dimensão que interessa ao observador.

No que tange ao interesse daquele que observa, encontram-se diferentes definições para o mesmo processo. Biologicamente, o envelhecimento é conhecido como um processo físico contínuo durante a vida. Para a Sociologia, o idoso é percebido pelas características presentes nos membros da sociedade a qual ele está inserido, considerando o quadro cultural, as gerações e principalmente, as condições de vida. Para a Medicina, quando começa a ter lapsos

de memória, dificuldade de aprendizado, falhas de atenção, orientação e concentração, diz-se que está em processo de envelhecimento. Já na Economia, define-se idoso a partir do momento em que este deixa de ser economicamente ativo. Funcionalmente, passa a fazer parte da terceira idade quando há dependência de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas habituais. Cronologicamente, a maioria da literatura considera que aos 65 anos de idade os indivíduos se tornam idosos. Para os países em desenvolvimento, a idade determinante para se considerar idoso seria 60 anos, segundo os critérios determinados pela ONU em 1985 (PAPALÉO NETTO, 2002).

Segundo Moragas (2004), três concepções de velhice são propostas para situar a variedade de seus conceitos: velhice cronológica; velhice funcional; e velhice como etapa vital.

A velhice cronológica é aquela definida pelo fato de se ter atingido os 65 anos de idade. Fundamenta-se na velhice histórica real do organismo, medida pelo transcurso do tempo. É objetiva em sua medida, visto que todas as pessoas nascidas na mesma data têm idêntica idade cronológica. Utilizada freqüentemente por demógrafos e sociólogos, sua vantagem transforma-se em inconveniente por ser objetiva. Este inconveniente se manifesta quando fica comprovado que o tempo possui diferentes impactos para os diversos sujeitos. De acordo com a maneira de viver, saúde, condições de trabalho e dieta este impacto reflete de modo singular. Ou seja, a idade cronológica é importante, mas não determinante. A esta deve-se somar outras variáveis (pessoais e ambientais) que determinam o estado de funcionamento geral de uma pessoa.

A velhice funcional corresponde ao emprego do termo velho como “incapaz” ou “limitado”. Reflete a relação tradicional e arcaica de velhice e limitações, sendo um conceito errôneo. Desvaloriza a condição do idoso, pois a mesma não representa necessariamente incapacidade. A velhice humana dá origem a reduções na capacidade funcional em decorrência do transcurso do tempo. Reduções estas que não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa, não somente no tocante aos aspectos físicos como também em relação aos psíquicos e sociais.

A concepção mais adequada seria a velhice enquanto etapa vital. Baseia-se no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa. Efeitos estes que a levam a entrar numa etapa diferente das vividas anteriormente. Esta etapa possui uma realidade própria, limitada unicamente por condições objetivas e subjetivas. Possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando, especialmente nos últimos anos da vida. Mas por outro lado, tem potencialidades únicas: experiência, maturidade, serenidade entre outras, que podem compensar caso se utilize adequadamente o potencial existente, apesar das limitações desta etapa da vida.

O idoso, portanto, nem sempre é considerado de forma positiva na sociedade brasileira. Observa-se que no senso comum utiliza-se das mais variadas expressões para designar esse grupo da população: velho, idoso, terceira idade, dentre outras. Não há preocupação de se ajustar uma expressão adequada e única às pessoas pertencentes a faixa etária de 60 anos ou mais. Apesar dos esforços em mudar essa realidade, o mito prevalecente é de que a velhice gera fragilidade, decadência e dependência.

Qualidade de vida do Idoso

A expressão “qualidade de vida”, tão comumente utilizada, tem várias vertentes, que compreendem desde um conceito popular até a perspectiva científica. Com relação ao seu

emprego na literatura médica, tem-se o termo associado a diversos significados, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada a saúde e estado subjetivo de saúde são determinados pela avaliação subjetiva do paciente. Esta avaliação se dá pelo impacto da condição de saúde na capacidade de viver plenamente (PEREIRA et al., 2006).

Estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), propuseram para o termo um conceito subjetivo, multidimensional e que incluía elementos positivos e negativos. A qualidade de vida seria definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo e complexo. Engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com o meio ambiente (PEREIRA et al., 2006).

Sabe-se que para um envelhecimento saudável faz-se necessário: praticar exercícios, melhorar a dieta, reduzir o consumo de álcool, abolir o tabagismo, participar de grupos sociais e lazer, entre outros. A promoção da qualidade de vida do idoso se dá por ações que se manifestam por alterações do estilo de vida, e que resultam em uma redução do risco de morrer ou adoecer.

Araújo et al. (2006, p. 212) assim definiram as vertentes para uma eficaz qualidade de vida:

São aliados na manutenção da qualidade de vida dos idosos: um transporte público de qualidade, adaptado às necessidades dessa população; diminuição das barreiras de acesso aos serviços de saúde por meio do atendimento domiciliar e das unidades móveis; continuação da autonomia do dirigir; a presença de programas que *auxiliem* na manutenção do idoso na família, e estruturas físicas apropriadas para idosos nas cidades.

Criar condições para que o idoso possa desenvolver habilidades para superar suas limitações é fundamental. No controle de tais habilidades está a promessa de qualidade de vida. A possibilidade de envelhecer de forma bem-sucedida depende basicamente dos recursos disponíveis para enfrentar as dificuldades. Nessa perspectiva de envelhecimento mundial, a sociedade deve se preparar para que a velhice ocorra de forma digna. Afinal, velhice significa o próprio direito que cada ser humano tem de viver muito, mas de forma satisfatória. A preparação em relação a essa dignidade inclui a qualidade dos serviços prestados pelo Estado a eles. Ou seja, os serviços disponibilizados devem ter a capacidade de assegurar ao cidadão idoso os direitos básicos. Tais medidas propiciarão uma melhor qualidade de vida.

O aspecto central no envelhecimento que é determinante na vida saudável é a autonomia do idoso. Em relação à saúde sabe-se que os idosos apresentam mais problemas que a população geral. Dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2 eram maiores de 65 anos. Quando se fala sobre as doenças nessa faixa etária não se deve esquecer das doenças mentais. Destaca-se as síndromes depressivas e demenciais. Essas síndromes são preocupantes devido a sua progressão e cronicidade. Infelizmente o Brasil ainda é principiante no que diz respeito a serviços ambulatoriais adequados para atender os idosos e proporcionar suporte às famílias dos mesmos (GARRIDO & MENEZES, 2002).

Faz-se necessário a criação de meios que promovam a saúde na terceira idade. Redes de apoio para o idoso, capacitação dos cuidadores por profissionais da saúde, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares e programas com o objetivo de evitar uma futura

dependência daqueles que ainda possuem autonomia. Estas seriam formas para resgatar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida do idoso (ARAÚJO et al., 2006).

Promoção de Saúde do Idoso

Grande parte das atitudes e serviços envolvidos com Saúde Pública no século passado resultaram, direta ou indiretamente, no progressivo aumento da proporção de idosos na sociedade. Surge então a necessidade de um planejamento mais viável das ações em Saúde Pública e Bem Estar Social. Planejamento este que atente para os benefícios decorrentes da ampliação da expectativa média de vida. E que não se oponha às dificuldades devido a escassez de recursos para bem atender esta população de longevos (JACOB FILHO, 2006).

Dificuldades essas enraizadas principalmente no modelo tradicional de atenção à saúde vigente. A maior parte das ações, quando existentes, são dirigidas aos cuidados preventivos e terapêuticos destinados ao bom desenvolvimento da criança e da gestante. Aos demais segmentos da população decorrem fundamentalmente de ações terciárias, quando a doença e suas complicações já estão manifestas e limitantes (PAPALÉO NETTO, 2002).

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida. Especificamente dirigidas ao idoso, as ações de saúde são restritas ao diagnóstico das enfermidades crônicas e ao tratamento prioritário dos sintomas mais incômodos ao indivíduo ou à sociedade. Não há uma maior atenção destinada aos aspectos preventivos de cada doença, cabendo somente intervenções curativas.

A solução deste problema depende muito mais de modelos abrangentes de Promoção de Saúde do Idoso do que da evolução de um ramo isolado do conhecimento científico. Com a ampliação do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947, citado por FREITAS et al., 2002), segundo o qual esta deixou de ser ausência de doença e passou a ser entendida como “o estado de bem estar físico, psíquico e social”, abriu-se um espectro maior de possibilidades de intervenções. Assim, tornou-se possível que este estado de equilíbrio fosse alcançado por um indivíduo portador de doenças devidamente tratadas (JACOB FILHO, 2006).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde passou a ser garantida como direito de todo cidadão brasileiro.

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso vertical e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O Estado deve ser atuante, de modo a promover e auxiliar o suporte familiar e, além disso, garantir o acesso pleno do idoso ao Sistema Único de Saúde (SUS). A promoção da saúde pode ser realizada em múltiplos ambientes. A família, comunidade, grupos, igreja, associações e Universidades para a Terceira Idade são exemplos que funcionam e acarretam a valorização e motivação no idoso. As interações desses ambientes podem gerar assim uma maior autonomia e proporcionar uma boa saúde na terceira idade (ARAÚJO et al., 2006).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) adotado pelo SUS, ampliou o alcance de acesso à saúde para além das unidades. Com o trabalho das visitas domiciliares oferecidas pelo programa, possibilitou o atendimento de todos os indivíduos incapazes de saírem de suas residências. A grande maioria desses indivíduos são idosos, frágeis ou funcionalmente

dependentes. Como consequência obteve a manutenção do seu convívio social, evitando ou postergando uma possível hospitalização (BORGES & CARDOSO, 2005).

Diante da impossibilidade de reunir em um só profissional toda habilidade e conhecimento necessários para atender adequadamente o idoso, a promoção de sua saúde deve estar a cargo de uma equipe interdisciplinar. É preciso ampliar o entendimento do processo de envelhecimento para um fenômeno sistêmico, que envolva todo o indivíduo e suas mudanças físicas, psicológicas e sociais.

Mudanças Biológicas

Não há dúvidas que com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais. Embora variem de um indivíduo a outro, essas alterações são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal. Um aspecto sobre o qual tem-se concordância entre autores diz respeito às mudanças que ocorrem progressivamente, iniciando na meia-idade, prolongando e acentuando na velhice (PAPALEO NETTO, 2002).

Essas mudanças podem ser descritas em dois aspectos: exterior e interior. No aspecto exterior, se apresentam mudanças no embranquecimento dos cabelos, aparecimento de rugas, lentificação dos movimentos, declínio do equilíbrio, perdas cognitivas entre outras. No que tange ao aspecto interno, há um diminuído limite funcional em múltiplos órgãos, alterações ou irregularidades na respiração, circulação, temperatura corporal e demais funções vitais do organismo (COSTA, 2003; NERI & FREIRE, 2000).

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, determinadas enfermidades são mais frequentes em idosos. Sabe-se que a visão e a audição progressivamente são diminuídas. Problemas cardíacos, reumáticos e articulares limitando as atividades são também comuns na terceira idade. As alterações esqueléticas podem desencadear a osteoporose, que é a redução da massa óssea no volume do osso. A coluna vertebral curva-se para frente, e a estatura diminui de 2 a 2,5 centímetros. A hipertensão arterial e *diabetes mellitus* são doenças de maior prevalência na terceira idade. O cérebro idoso é cinco vezes mais leve que o jovem, portanto, há uma diminuição do número de neurônios. Ocorre que as internações e o tempo de permanência hospitalar estendem-se. Cada pessoa percebe seu estado físico de maneira peculiar. Esta percepção pode ser capaz de desencadear um grave desequilíbrio na manutenção da saúde mental. Ainda que algumas modificações orgânicas não sejam doenças, sejam apenas indicadores da passagem do tempo, elas transformam a auto-estima, podendo gerar transtornos emocionais graves (COSTA, 2003; PAPALÉO NETTO, 2002).

Todas essas considerações são perfeitamente adaptáveis ao envelhecimento do corpo humano, respeitando as características biológicas e particularidades de cada indivíduo. Além disso, devem ser valorizados os componentes psíquicos e sociais desse processo. Estes componentes se entrelaçam ao biológico determinando as sutilezas que esta fase distingue das demais.

Mudanças Psicológicas

O envelhecer não está condicionado apenas à idade cronológica, mas também a uma vivência subjetiva da passagem do tempo. Sendo subjetiva, depende então da responsabilidade de cada um. As modificações psicológicas ocorrem quando o ser humano que envelhece necessita adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano.

A velhice é permeada por momentos de reflexão, de análise, especialmente do passado. Reflexão esta que, quando não satisfatória, pode favorecer sentimentos de inadequação e de culpa, responsáveis por desencadear muitos comprometimentos emocionais nesta fase. Comumente se ouve de idosos que não há mais sonhos nem perspectivas futuras. O tempo é visto como curto, e as possibilidades de mudanças difíceis. Entre as principais características psicológicas do envelhecimento está a tendência à depressão. Esta é frequentemente desencadeada pela conscientização das perdas funcionais e sociais que a velhice traz consigo (PAPALEO NETTO, 2002).

A vivência do processo de envelhecimento depende da personalidade e do contexto sócio-econômico em que o idoso se encontra inserido. Estas variáveis são determinantes para a qualidade deste processo. Quando a maneira de ver o mundo e agir sobre ele não ocorre de forma adequada, tem-se como consequência um sofrimento frente a realidade. Queixas psíquicas a respeito do próprio corpo e a perda da identidade corporal podem acarretar descasos com a higiene e pouca adesão ao uso de medicamentos. Estes são exemplos que inviabilizam a satisfação com a condição atual (COSTA, 2003; PAPALEO NETTO, 2002).

Alterações psicossociais ocorrem também de acordo com a idade e gênero. O homem vive mais sua passividade e intuição, antes encargo de sua esposa. Isto se dá por que não há mais exigências concretas da paternidade e do mercado de trabalho. Já a mulher torna-se mais autônoma e assertiva, livre do risco de engravidar, do trabalho e da cobrança dos filhos. Muitas vezes assume funções que antes eram desempenhadas pelo cônjuge, pois grande parte ficam viúvas ou sozinhas (ARANHA, 2004; NERI & FREIRE, 2000).

Como se percebe, o envelhecimento não é uma etapa só de perdas, mas também de ganhos. Uma das principais aquisições desta fase é uma visão mais global da existência. A velhice deve ser considerada como a idade da sabedoria e maturidade. O indivíduo se torna mais elaborado e autoconhecedor, num processo contínuo de reconstrução. Com o passar do tempo, as vivências aumentam, e com elas as possibilidades de erros e acertos. O envelhecimento bem-sucedido seria a resultante da busca de equilíbrio entre suas limitações e potencialidades (NERI & FREIRE, 2000).

Relações Sociais

Aquilo que, muitas vezes dentre os jovens, pode ser de pequena ou nenhuma relevância, frequentemente assume, no idoso, importância fundamental. A participação dos familiares é um exemplo claro. A maioria dos jovens independe das opiniões dos seus familiares para tomar uma decisão, mas o idoso, em geral, depende da opinião de parentes ou cuidadores para a obtenção do seu objetivo. Família e amigos são as primeiras fontes de cuidados e referências para o idoso (ARANHA, 2004).

São nos dois extremos da vida, infância e velhice, que encontra-se uma maior limitação social do indivíduo. A esta limitação o ser humano passa a depender, por vezes de maneira vital, das pessoas que a envolvem e convivem: a família. Com efeito, o papel da família, importante em qualquer estágio, torna-se fundamental nestes dois períodos da vida. É no seio familiar que as pessoas são amadas não por aquilo que representam ou atuam, mas amada por apenas aquilo

que realmente são. Pedro Juan Villadrich, citado por Papaleo Netto (2002, p. 93) em ocasião do Congresso Internacional da Família, em 1987 na Roma, assim definiu família: “Ser família não é outra coisa que realizar o nascer, viver e morrer segundo aquelas exigências de amor radical, incondicional e devido, derivadas da dignidade pessoal de quem nasce, vive e morre”.

Sendo assim, o meio social em que o idoso vive e sua família tem relação direta com sua saúde e bem-estar. O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico do idoso são elementos indispensáveis e essenciais para critérios de atenção á saúde do mesmo. Mas, mesmo no seio familiar, há uma intolerância velada com os mais velhos.

Com o processo de envelhecimento observa-se que as relações sociais sofrem mudanças. O resultado mais perceptível sobre o aspecto social na velhice, segundo Neri (1999b), é que a taxa de inter-relações sociais declina. Na terceira idade as pessoas interagem bem menos com os outros do que na juventude. Torna-se então mais importante os contatos familiares, sendo este um elemento fundamental para o bem-estar do idoso. É neste laço que muitos procuram carinho e proteção, aproximando-se de irmãos, filhos e netos. Os casamentos tornam-se mais firmes na velhice, com relevante cumplicidade. Mas ainda assim, percebe-se que grande parte dessa população passa seu tempo sozinho, ocupando-se de atividades domésticas e individuais. Além disso, o fato de que esse idoso more com filhos ou parentes não lhe garante a presença de respeito e prestígio, nem a ausência de maus-tratos. O que se pode afirmar é que o relacionamento social é uma necessidade humana básica.

A velhice tem sido apresentada no contexto social de forma destrutiva, colaborando para que o idoso seja ícone de sofrimento e doença, culminando na exclusão e internalização dessas características por parte do idoso. O suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade. Sendo assim, abrange políticas e redes de apoio sociais. Estas redes muitas vezes são representadas por familiares, amigos, comunidades ou voluntários. Tem por finalidade o bem-estar do idoso, principalmente aquele em situação de exclusão. Mediante estas ações, reintegra o idoso na sociedade, possibilitando o exercício de sua cidadania. O apoio social traz benefícios para o ajudado, melhora a saúde, bem-estar e auto-imagem da pessoa, atuando também como forma de proteção para a mesma (ARAÚJO et al., 2006).

O resultado mais perceptível sobre o envelhecimento social, segundo Neri (1999b) é que a taxa de inter-relações sociais declina. Na velhice as pessoas interagem bem menos com os outros do que na juventude. Torna-se então mais importante o contato familiar, sendo este um elemento fundamental para o bem-estar na terceira idade. É neste laço que muitos procuram carinho e proteção, aproximando-se de irmãos, filhos e netos. Os casamentos tornam-se mais firmes na velhice, com relevante cumplicidade. Mas ainda assim o que se percebe é que a grande maioria dessa população passa seu tempo sozinho, ocupando-se de atividades domésticas e individuais. Além disso, o fato de que esses idosos morem com filhos e parentes não lhes garante a presença de respeito e prestígio, nem a ausência de maus-tratos. O que se pode afirmar é que o relacionamento social é uma necessidade humana básica, interligada com o auto-conceito e a motivação.

Criar condições para que o idoso possa desenvolver habilidades para superar suas frustrações é fundamental. No controle de tais habilidades está a promessa de uma velhice saudável. A possibilidade de envelhecer de forma bem-sucedida depende basicamente dos recursos disponíveis para enfrentar as dificuldades, principalmente dos recursos internos. Cada um direciona sua vida conforme a interação entre fatores genéticos, ambientais, culturais e sócio-econômicos aos quais foram submetidos.

Com base no exposto, a reflexão a respeito do idoso na atualidade deve levar em consideração três fatores. O primeiro refere-se às transformações estruturais que tendem a limitá-lo em termos físicos e biológicos. O segundo diz respeito ao contexto social que teima em considerar o idoso como socialmente improdutivo e decadente. O terceiro está intimamente relacionado às transformações emocionais que acompanham os anteriores. Tais transformações estão diretamente relacionadas à queda sofrida pelo idoso em sua auto-estima e redução de sua participação em atividades sociais. Este contexto no qual o idoso está inscrito fez surgir a questão que ocupa o centro dessa investigação, a saber: *A intervenção odontológica é uma variável capaz de auxiliar no resgate e/ou elevação da auto-estima e melhoraria a qualidade de vida do idoso?*

Objetivo

Com dificuldades, são encontradas no Brasil, pesquisas relacionadas ao impacto da condição de saúde bucal sobre a qualidade de vida e auto-estima do idoso. Nesse contexto, estudos que tratem da interferência do nível de auto-estima do idoso sobre os diversos aspectos de sua vida individual e social como atuação em grupos de iguais, inserção em atividades sociais amplas, qualidade de suas relações afetivas e sexuais em decorrência de uma saúde bucal insatisfatória, são raramente encontrados. O presente estudo pretende abrir um espaço de reflexão sobre a necessidade de se atentar para a saúde do idoso, dentro de uma perspectiva sistêmica. Perspectiva esta em que tanto os aspectos de saúde física quanto de saúde psicológica sejam igualmente, objetos de atenção para o clínico e de investigação para o pesquisador.

Em termos gerais procurou-se ao longo desse estudo verificar se a intervenção odontológica é uma variável capaz de resgatar e/ou elevar a auto-estima e melhorar a qualidade de vida do idoso.

Método

A amostra foi formada por indivíduos idosos de ambos os sexos, com estado funcional independente, usuários da Clínica Odontogeriatrica da FACS/UNIVALE de Governador Valadares, no Estado de Minas Gerais. Para a seleção da amostra, foram utilizados dados obtidos a partir dos prontuários clínicos arquivados na Secretaria de pacientes da FACS/UNIVALE. Foram incluídos no estudo pacientes usuários da Clínica Odontogeriatrica da FACS/UNIVALE, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, de estado funcional independente.

A condição de saúde bucal foi verificada através do seguinte instrumento:

- GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index) – A auto-avaliação da condição de saúde bucal foi realizada utilizando 12 questões fechadas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. Os entrevistados responderam se já experimentaram quaisquer dos problemas relatados ao longo dos últimos três meses, em uma das seguintes condições: sempre, às vezes ou nunca (ver Anexo A).
- Exame clínico – Teve por objetivo avaliar as condições de saúde bucal e detectar possíveis alterações na cavidade bucal. Esse exame foi realizado por um acadêmico bolsista do *Curso de Odontologia*, devidamente paramentado, utilizando máscaras e luvas

descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção. Para realização do exame clínico, foi utilizado: espelho bucal plano, abaixadores de língua e gases esterilizadas para secagem das superfícies a serem examinadas. Não foi utilizado exame radiográfico. Foram avaliados vários componentes da saúde bucal, através dos indicadores tradicionais de saúde, baseados na ausência ou presença de doença (ver Anexo B). Todos os exames clínicos foram realizados na clínica odontológica da FACS/UNIVALE.

- A condição de saúde psicológica – Foi verificada através de duas entrevistas estruturadas, contendo questões abertas e fechadas de múltipla escolha, realizada por uma acadêmica bolsista do *Curso de Psicologia*. Através dessa, foram coletados os dados qualitativos relativos à percepção e sentimentos relacionados à saúde bucal, nível de auto-estima, qualidade do relacionamento conjugal e social dos pacientes, antes e após o tratamento. Em todas as entrevistas, foi mantido um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas impressões, associando sua vida pessoal, familiar e social à sua condição de saúde bucal (ver Anexos C e D).

Todos os participantes deste estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento L Esclarecido (TCLE), que tinha por finalidade obter a autorização prévia do paciente utilização dos dados por ele fornecidos em relatórios e artigos publicados em *revistas* especializadas.

Resultados e Discussão

São apresentados abaixo os resultados obtidos a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes à condição de saúde bucal, GOHAI e entrevistas psicológicas dos idosos examinados. Os dados foram estatisticamente analisados com o auxílio do programa SPHINX. Participaram deste estudo 78 idosos, sendo que destes, 52 finalizaram o tratamento odontológico participando, em decorrência, da Segunda entrevista psicológica, sendo aqui analisada.

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 60 anos e a máxima encontrada entre os idosos foi de 82 anos, com uma idade média de 70,25 (dp = 6,13 anos). Na amostra examinada, o número de mulheres foi 36 e de homens 16. Conforme tabela 1, cruzando as variáveis sexo e idade, confirmou-se o perfil do idoso brasileiro como descrito no Capítulo I.

Tabela 1: Variáveis sexo X idade

| Idade | 60 a 70 | 71 a 80 | 81 ou mais | TOTAL |
|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Sexo | | | | |
| Masculino | 50,0% | 43,8% | 6,3% | 100% |
| Feminino | 52,8% | 36,1% | 11,1% | 100% |
| TOTAL | 51,9% | 38,5% | 9,6% | 100% |

É importante considerar as diferenças de tais variáveis acima com relação à qualidade de vida. Estudos citados por Pereira et. al. (2006), confirmam que a idade avançada esteve associada a piores níveis de qualidade de vida relacionada à saúde. Como na literatura, o que se observou nesta investigação foi a predominância das mulheres nas idades mais avançadas. Proporcionalmente com a idade, aumenta-se a predominância da população do sexo feminino na velhice. Isso se explica pelo fato de que os homens são mais propensos às doenças na velhice, e também passaram muitas vezes quando jovens por cargos e/ou empregos que na terceira idade exercem influências adversas em sua qualidade de vida.

No tocante ao estado civil, o estudo da amostra revelou uma população total de 24 idosos casados (46,2%), 18 viúvos (34,6%), e 5 solteiros (9,6%), sendo que os 5 idosos restantes (9,6%) relataram serem separados. Conforme tabela 2, salienta-se que no cruzamento das variáveis sexo e estado civil, os idosos do sexo masculino são em sua maioria casados, contando, portanto, com o apoio de sua companheira. Já quanto aos do sexo feminino, sobressaem às viúvas. Tal observação está em conformidade com a literatura descrita no Capítulo I.

Tabela 2: Variáveis sexo X estado civil

| Estado civil | Casa dos | Solteiros | Viuvos | Divorciados | TOTAL |
|---------------------|-----------------|------------------|---------------|--------------------|--------------|
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 87,5% | 0,0% | 6,3% | 6,3% | 100% |
| Feminino | 27,8% | 13,9% | 47,2% | 11,1% | 100% |
| TOTAL | 46,2% | 9,6% | 34,6% | 9,6% | 100% |

De acordo com a literatura e esta investigação, percebe-se que as mulheres ainda vivem mais que os homens. Como consequência, encontra-se uma parcela maior de viúvas do sexo feminino. Embora a viuvez tenha um impacto negativo sobre o bem-estar das pessoas, Neri & Freire (2000) afirmaram que ela é mais tolerada entre os idosos de que entre os mais jovens. Supõe-se que isto ocorra por ser um fato relativamente comum para o idoso. Esta aceitação pode facilitar o bem-estar, tanto físico quanto psicológico. Como se vê nos relatos dos entrevistados e na literatura, são também as mulheres que melhor suportam a perda do companheiro, talvez por terem uma maior ligação com os filhos, parentes e amigos. São também as mulheres que tem uma maior facilidade em fazer e manter amizades, por características de personalidade e pela capacidade de superar obstáculos. Também está de acordo com a literatura, conforme visto em Santos (2001), que existem mais mulheres sós do que homens idosos. O percentual de idosos do sexo masculino solteiros foi zero, em contrapartida ao número de idosas do sexo feminino solteiras que foi de 13,9%.

Em relação ao convívio familiar, 42,3% dos idosos vivem com o cônjuge, 25% com filho (a), 21,2% sozinhos e 11,5% com parentes ou amigos. Como visto no capítulo II, a convivência com familiares pode oferecer benefícios, no sentido de apoio e reduzindo o isolamento, que acabam por diminuir a auto-estima do idoso, afetando de forma direta na qualidade de vida. O meio social em que o idoso vive e sua família tem relação direta com sua saúde e bem-estar. O conhecimento das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico do idoso são elementos indispensáveis e essenciais para critérios de atenção á saúde do mesmo. Infelizmente, ocorre também que nem sempre o convívio familiar garante ao idoso segurança e bem-estar.

Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos, portanto, são mais susceptíveis à depressão e isolamento. Estes também apresentam mais problemas de mobilidade e estado físico ruim, influenciando na qualidade de vida dos mesmos (PEREIRA et. al., 2006).

Os idosos analisados são, na maioria, de baixa renda e de baixa escolaridade. O perfil do idoso brasileiro ainda é em sua grande maioria composto por analfabetos ou com menos de quatro anos de estudos. Conforme tabela 3, (28,8%) dos analisados são analfabetos e (40,4%) têm o ensino fundamental incompleto. Encontrou-se apenas 2 (3,8%) idosos participantes que possuíam ensino superior.

Tabela 3: Escolaridade

| Escolaridade | Nb. cit. | Fréq. |
|-------------------------------|-----------|-------------|
| Analfabeto | 15 | 28,8% |
| Ensino fundamental incompleto | 21 | 40,4% |
| Ensino fundamental completo | 8 | 15,4% |
| Ensino medio incompleto | 1 | 1,9% |
| Ensino medio completo | 5 | 9,6% |
| Superior completo | 2 | 3,8% |
| TOTAL OBS. | 52 | 100% |

Vale ressaltar que encontra-se na literatura estudos que apontam idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro como desencadeantes de baixos níveis de qualidade de vida (PEREIRA et. al., 2006).

Em relação à participação no mercado de trabalho, a maioria dos idosos é aposentada (84,6%). Os demais se dividem entre aqueles que não trabalham (7,7%), trabalham com carteira assinada (5,8%) e trabalham por conta própria (1,9%). Estes dados confirmam o perfil do idoso brasileiro, em que segundo a literatura, a grande maioria é aposentada e usufruem dos serviços da Previdência Social. O Estatuto do Idoso é um recurso surgido para fazer frentes ao fato de que muitas vezes os idosos não são respeitados como deveriam, ficando às margens e estigmatizados. Percebe-se também a desvalorização social conseqüente de uma aposentadoria cada vez mais aquém de suas reais necessidades.

Quanto à atividade sexual do idoso participante, dois gráficos são apresentados abaixo. O primeiro é referente à Primeira Entrevista Psicológica, e o segundo, referente à Segunda Entrevista Psicológica. Na Primeira Entrevista Psicológica, observou-se que a maioria dos idosos (75%) não possuíam vida sexual ativa, e 25% ainda mantinham relações sexuais com seu companheiro (a). Já na Segunda entrevista psicológica, após o tratamento opontológico, foram observadas mudanças de comportamento. 34,6% relataram manter e/ou ter começado a manter relações sexuais com o cônjuge, ou seja, houve um aumento positivo na vida sexual do idoso. Segundo o relato de muitos idosos, a existência de grande número que não possuem vida sexual ativa é decorrente do estado de saúde ruim, dificultando e/ou impossibilitando o ato sexual.

Gráfico 1: Vida sexual ativa (Primeira Entrevista Psicológica)

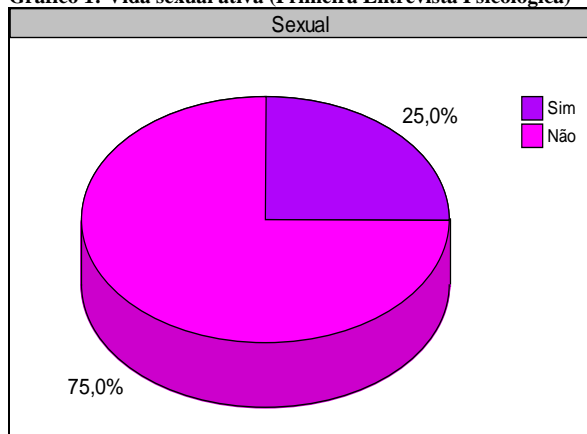
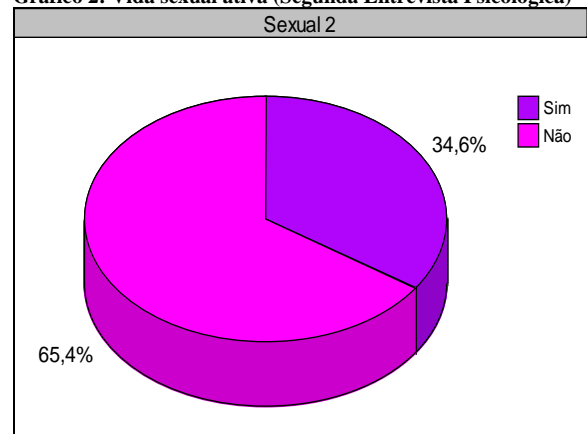


Gráfico 2: Vida sexual ativa (Segunda Entrevista Psicológica)



Em relação à prática de atividades físicas, 23 idosos não possuíam o hábito de praticar esportes (37,1%). Já entre os que praticavam alguma atividade, 22 (35,5%) faziam caminhadas, 8 (12,9%) outras atividades como bicicleta, 6 (9,7%) alongamentos e 3 (4,8%) hidroginástica. Conforme relatos, estes que preservavam alguma atividade física, eram muitas vezes associadas às atividades de locomoção.

Durante a primeira entrevista psicológica foi identificado que 53,8% dos idosos possuíam convívio social restrito ao ambiente familiar. Uma menor parte, 46,2%, convivem socialmente devido às relações mantidas com amigos e vizinhança. Após o tratamento, foi observado, já na Segunda entrevista psicológica, que o convívio social dos participantes aumentou, conforme pode ser observado a partir dos gráficos 3 e 4. Portanto, constatou-se que o tratamento odontológico realizado refletiu de forma positiva na vida social do idoso, interferindo também na sua auto-imagem.

Gráfico 3: Convívio social na Primeira entrevista Psicológica

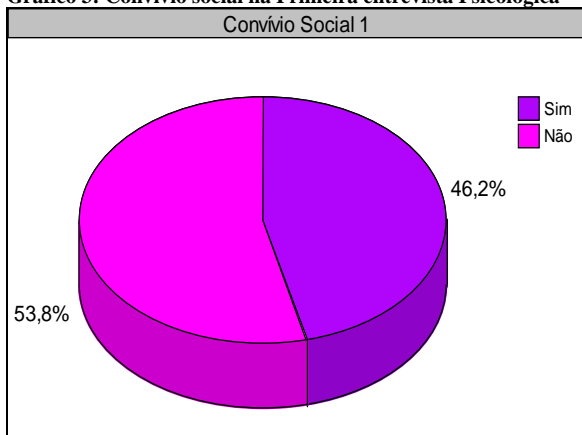
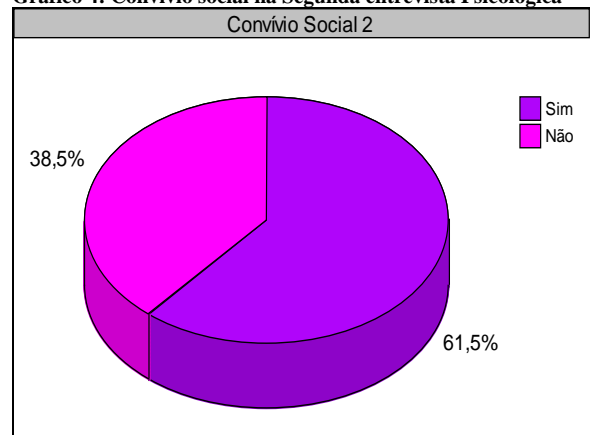


Gráfico 4: Convívio social na Segunda entrevista Psicológica



Conforme pode ser observado através das tabelas 4 e 5, após o tratamento odontológico ocorreram mudanças positivas quanto a frequência dos idosos em atividades de convívio social.

Tabela 4: Convívio social da Primeira Entrevista Psicológica

| Convívio | Sim | Não | TOTAL |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Ocorrência | | | |
| Uma vez por semana | 21,2% | 0,0% | 21,2% |
| Diariamente | 13,5% | 0,0% | 13,5% |
| Raramente | 11,5% | 0,0% | 11,5% |
| Nunca | 0,0% | 53,8% | 53,8% |
| TOTAL | 46,2% | 53,8% | 100% |

Tabela 5: Convívio social da Segunda Entrevista Psicológica

| Convívio1 | Sim | Não | TOTAL |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Ocorrência1 | | | |
| Diariamente | 26,9% | 0,0% | 26,9% |
| Uma vez por semana | 17,3% | 0,0% | 17,3% |
| Raramente | 13,5% | 0,0% | 13,5% |
| Uma vez a cada quinze dias | 3,8% | 0,0% | 3,8% |
| Nunca | 0,0% | 38,5% | 38,5% |
| TOTAL | 61,5% | 38,5% | 100% |

No tocante ao passatempo, conforme apresentado na tabela 6 pode-se observar pouco interesse do idoso em participar das atividades de lazer. Talvez por costume, o idoso prefere, às vezes, ficar em casa cuidando dos afazeres domésticos, cozinhando, varrendo ou zelando pelo jardim e/ou horta. Este costume foi revelado por 39% da população estudada, seguida por 22,1% que relataram gostar de ir à igreja e 22,1% que dizem apreciar assistir TV.

Tabela 6: Lazer

| Lazer | Nb. cit. | Fréq. |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Afazer domésticos | 30 | 39,0% |
| Ir à igreja | 17 | 22,1% |
| Ver televisão | 17 | 22,1% |
| Ler jornais, revistas ou outros | 7 | 9,1% |
| Viagens | 3 | 3,9% |
| Visitar parentes | 2 | 2,6% |
| Saídas noturnas | 1 | 1,3% |
| TOTAL CIT. | 77 | 100% |

Os resultados do GOHAI revelaram que 51,9% da amostra não havia mudado o tipo de alimentação nos últimos três meses. 28,8% relataram ter mudado e 19,2% em algumas ocasiões necessitaram substituir o tipo de alimentação ou diminuir a quantidade de alimentos ingeridos diariamente. No tocante a mastigação, 46,2% dos idosos não denunciou ter dificuldades, 32,7% sentiu incômodos ocasionalmente e, para 21,2%, isto ocorre com frequência. A grande maioria (78,8%) dos idosos não sente desconforto na deglutição enquanto para 13,5% isto ocorre algumas vezes e para 7,7% sempre.

De acordo com estudos, a satisfação de poder comer bem é altamente valorizada pelo idoso e tem implicações diretas em sua auto-estima e convívio social. A intervenção do dentista para sanar problemas dentais e possibilitar o retorno das funções de mastigação e deglutição são indispensáveis (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). Além da insatisfação com a alimentação, problemas psicológicos foram relatados devido à saúde bucal precária, como tampar a boca, evitar sorrir e conversar próximo às demais pessoas. Comportamentos estes que refletem na auto-imagem do idoso e geram prejuízos em seus relacionamentos sociais.

A maioria dos idosos entrevistados (78,9%) nunca deixaram ir a encontros ou de comer junto com outras pessoas por causa da sua saúde bucal. Este comportamento de deixar de ir aos encontros com outras pessoas foi utilizado por 3,8% em algumas ocasiões e por 17,3% de forma sistemática. Porém, evitar realizar refeições em companhia de outras pessoas, a auto-avaliação revelou também que 82,7% dos idosos nunca deixou de fazê-las devido a condição de sua boca. Isto tende a ocorrer ocasionalmente para 15,4% dos entrevistados e 1,9% sempre se alimentam afastados de outras pessoas.

Tabela 7: Variáveis comer junto X ir aos encontros

| Encontro | Nunca | Algumas vezes | Sempre | TOTAL |
|-----------------|--------------|----------------------|---------------|--------------|
| Comer | | | | |
| Nunca | 40,4% | 3,8% | 1,9% | 46,2% |
| Algumas vezes | 28,8% | 5,8% | 0,0% | 34,6% |
| Sempre | 9,6% | 7,7% | 1,9% | 19,2% |
| TOTAL | 78,8% | 17,3% | 3,8% | 100% |

Vale ressaltar que no cruzamento entre as variáveis comer junto e ir aos encontros sociais, o que mais se destacou foi a opção nunca para ambas, conforme apresentado na tabela 7. Isso significa que 40,4% dos idosos nunca evitaram tais situações em função do estado de sua boca. Em linhas gerais, embora a literatura afirme que condições bucais precárias interfere no convívio social e no alimentar-se com outras pessoas, os entrevistados, em função de suas características culturais, via de regra não vêem sua condição bucal como uma barreira em sua atividade social nas refeições. Esta pode ser uma variável que de forma indireta permitiu que

ao longo de sua vida envidassem reduzidos esforços para garantir uma elevada qualidade de saúde bucal.

Entre os indivíduos do grupo amostral, 63,5% se consideram satisfeitos e felizes com a aparência da sua boca, 17,3% possuem dúvidas ou não souberam responder e 19,2% demonstrou estar insatisfeito. Entre estas respostas e a classificação geral atribuída aos indivíduos a partir do GOHAI, existem discrepâncias. Em termos globais 73,1% dos idosos estudados apresentam uma auto-percepção ruim de sua saúde bucal; 19,2% regular e apenas 7,7% apresenta uma boa auto-avaliação. Na tabela 8, pode-se perceber que 51,9% dos idosos se sentem satisfeitos com a aparência de sua boca embora em termos de classificação geral pelo GOHAI, apresentam uma auto-percepção de saúde bucal ruim.

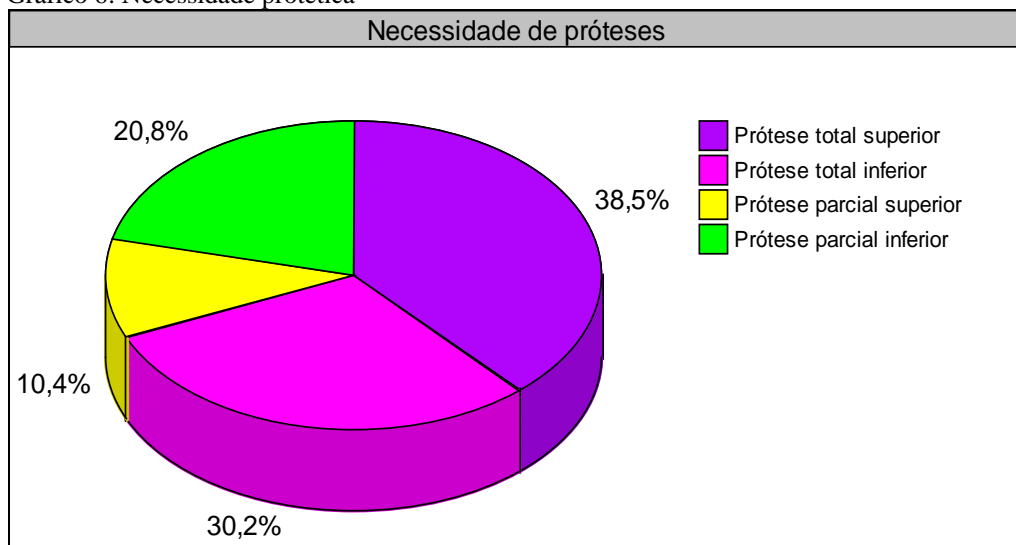
Tabela 8: Satisfação X aparência da boca e classificação geral do GOHAI

| GOHAI | Bom | Regular | Ruim | TOTAL |
|------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Aparência | | | | |
| Nunca | 3,8% | 5,8% | 9,6% | 19,2% |
| Algumas vezes | 3,8% | 1,9% | 11,5% | 17,3% |
| Sempre | 0,0% | 11,5% | 51,9% | 63,5% |
| TOTAL | 7,7% | 19,2% | 73,1% | 100% |

Tal como foi observado no presente estudo, pesquisadores já concluíram que as condições bucais exercem impactos sobre a qualidade de vida e bem-estar do idoso. Dessa forma, os autores entendem que uma condição bucal insatisfatória afeta negativamente os aspectos funcionais, sociais e psicológicos (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). Da mesma forma, os dados coletados durante a investigação revelaram que mesmo que o idoso não tenha uma percepção clara e consciente de sua situação, uma saúde bucal ruim tende a interferir diretamente em sua auto-estima, relacionamentos sociais, familiares, afetivos e até profissionais. Quando tais sujeitos possuem uma consciência de sua situação, é comum que busquem o isolamento, deixando de participar de atividades grupais tais como contar “causos”, piadas, jogos de purrinha, baralhos e outros.

Dentre os 52 pacientes analisados, 100% eram edêntulos parciais e/ou totais, ou seja, todos os aqui analisados necessitaram de próteses.

Gráfico 6: Necessidade protética



Encontra-se na literatura que a perda dos dentes é um evento que antecede o sentimento de ser velho, antecipando a percepção gradual da vivência do processo de envelhecimento. Pode-se afirmar que a procura pelos recursos odontológicos para a substituição dos dentes perdidos está diretamente relacionada com a demanda de reconstituição da imagem pessoal e social dos indivíduos (SHINKAI & DEL BEL CURY, 2000).

As ações odontológicas na promoção de saúde do idoso é parte integrante para o bem-estar nas dimensões biológica, psicológica e social. A busca de recursos odontológicos para a substituição dos dentes perdidos está diretamente relacionada com a demanda da reconstituição da auto-imagem (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). No estudo apresentado, constatou-se que os pacientes entrevistados chegaram à clínica Odontogeriatrica da FACS/UNIVALE com demanda protética. Acreditavam ser este recurso adequado para garantir uma melhoria em suas saúde bucal. Com a escuta psicológica confirmou-se o que é descrito na literatura. Os pacientes que participaram desta investigação buscaram uma melhoria que refletiu em todas as dimensões e na sua imagem pessoal.

Visto na tabela 9, vale ressaltar que os entrevistados, a grande maioria (90,4%) relataram que o tratamento realizado na Instituição ajudou de alguma forma em sua vida. Relataram que após o tratamento houve melhora na sua estética e mastigação, aumentando sua auto-estima e melhorando sua qualidade de vida.

Tabela 9: Utilidade do tratamento

| Utilidade | Qt. cit. | Freq. |
|-------------------|-----------------|--------------|
| Sim | 47 | 90,4% |
| Não | 5 | 9,6% |
| TOTAL CIT. | 52 | 100% |

Segundo a literatura a auto-estima é peça fundamental na procura e utilização dos serviços de saúde, incluindo os cuidados odontológicos (Shinkai & Del Bel Cury, 2000). Confirmando a afirmação acima, neste estudo verificou-se a satisfação e reflexo positivo do tratamento odontológico na vida dos pacientes. Estes revelaram que após o tratamento obtiveram uma valorização do autocuidado com a higiene pessoal. A auto-estima é importante para que mudanças de hábitos sejam realizados no processo de promoção de saúde e bem-estar psicológico. Dos entrevistados, como se observou, a grande maioria relatou que após o tratamento sorriem e conversam mais, melhorou sua mastigação, aparência, estética, auto-estima e qualidade de vida.

Conclusão

Como pôde ser visto, o envelhecimento é um processo universal que afeta não só ao indivíduo envelhecendo mas também sua família e sociedade. Pode-se afirmar que o envelhecimento populacional é uma das maiores conquistas do século XX. Com esta conquista a situação do idoso mudou consideravelmente. No processo da vida humana, percebe-se que os preconceitos, a discriminação e o isolamento a que estão sujeitos os idosos são fatos que aos poucos vem sendo trabalhados e transformados em função do aumento da expectativa de vida. Agora todos os olhares estão voltados para esse grupo da população e, conseqüentemente, buscar-se-á uma valorização, preocupação e maior respeito com a terceira idade.

Observou-se que as mudanças biológicas foram aquelas diretamente relacionadas às alterações morfológicas, funcionais e químicas do corpo. As modificações psicológicas

ocorrem quando o ser humano que envelhece necessita adaptar-se a cada nova situação do seu cotidiano. Já as modificações sociais são verificadas e percebidas nas mudanças de papéis sociais, relações, e em função da diminuição da produtividade, poder físico e econômico.

Os idosos, por mais que sejam pertencentes a um grupo com a mesma faixa etária, apresentaram singularidades em sua multidimensionalidade e necessidade, revelando grande heterogeneidade de características e demandas. Sendo assim, requer a compreensão da individualidade do idoso, inviabilizando qualquer intervenção de caráter universal.

No tocante a importância dada pelo idoso e seu envolvimento no tratamento odontológico; o que se observou foi a valorização do atendimento, tanto odontológico quanto psicológico. O idoso mostrou-se bastante receptivo e entusiasmado com o tratamento e escutas realizadas. A promoção da qualidade de vida do idoso exige que sejam considerados, portanto, os aspectos biopsicossociais.

Quanto à qualidade de vida, várias são as possibilidades de avaliação. Como se viu, a percepção de ser boa ou ruim depende da forma com que cada indivíduo vivencia a velhice. A avaliação do nível de qualidade de vida depende, portanto, da interpretação emocional que cada idoso faz dos eventos e fatos de sua vida que se relacionam intimamente com sua percepção subjetiva. Verificou-se que quando esta percepção é definida como boa, têm-se uma maior participação em atividades sociais. Isso foi observado, sobretudo após o tratamento odontológico. O tratamento foi uma variável importante na elevação da auto-estima dos idosos atendidos. Como consequência os mesmos tornaram-se mais ativos e participantes de atividades sociais o que contribuiu para um aumento de sua qualidade de vida.

A condição bucal insatisfatória e precária afeta, mesmo que de forma inconsciente, os aspectos funcionais, psicológicos e sociais do idoso. Essa interferência produz efeitos sobre a auto-estima e qualidade de vida do mesmo. Eis porque o psicólogo interessado e atuante junto a indivíduos da terceira idade deve atentar para a possível necessidade de encaminhamento dos mesmos para a intervenção odontológica, como apoio à sua intervenção psicológica.

Referências

ARANHA, Valmari Cristina. Envelhecimento e Saúde: aspectos psicológicos. **Revista Racine**, São Paulo, 2004, p. 50-58.

BORGES, Celiane Camargo; CARDOSO, Cármen Lúcia. A psicologia e a estratégia da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia e Sociedade**. v. 17, no. 2, 2005, 8p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 Mar 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

COSTA, Geni de Araújo. Tríplice visão do envelhecimento: longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice. **Revista da SOBAMA**, v. 8, n. 1, 2003. p. 27-40. Disponível em: <http://www.google.com.br>. Acessado em: 05 Set 2006.

FREITAS, Maria Célia de et al. Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Mar 2007.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.

JACOB FILHO, Wilson. Envelhecimento: conceitos e preconceitos. In: Wilson Jacob Filho, Thiago Monaco. (Org.). **Diagnóstico e Tratamento**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2006, v. 2, p. 789-796.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 2004.

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1999.

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Velhice e sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1999.

NERI, Anita Liberalesso; FREIRE, Sueli Aparecida (orgs). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.**, Porto Alegre, v. 28, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Mar 2007.

PUCCA Jr., G. A., 2000. **A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos**. *Medcenter*, 7 abril 2000. Maio 2001 <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81&idesp=19&ler=5>>. Acesso em: 20 Fev 2005.

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

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade ocidental. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 2, p. 9-14, jan./jul./2001.

SHEIHAN, A. Strategies for promoting oral health care. **Revista Brasileira de Odontologia de Saúde Coletiva**. v. 2 n.1, p. 7-24, 2001.

SHINKAI, Rosemary Sadami Arai; DEL BEL CURY, Altair Antoninha. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, out/dez 2000, v. 16, n. 4, p. 1099-1109. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 07 Mar 2007.