

PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS

PERCEPTION OF ORAL HEALTH STATUS IN ELDERLY

Suely Maria Rodrigues¹

Andréa Maria Duarte Vargas²

Allyson Nogueira Moreira³

Artigo publicado na Revista Arquivos em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da UFMG, n.03, p.195-212,2003.

RESUMO

Este estudo teve o objetivo de conhecer as percepções de saúde bucal dos indivíduos com 60 anos ou mais, que utilizam medicamentos anti-hipertensivos e participam do Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Participaram do estudo 59 indivíduos, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de ambos os sexos, de estado funcional independente ou parcialmente dependente, não diabéticos, não etilistas e não tabagistas. A metodologia utilizada foi a qualitativa através de uma entrevista semi-estruturada, visando obter dados quanto a percepção e os sentimentos desses indivíduos em relação à sua saúde bucal. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo (Bardin,1977). Os resultados revelaram que a maioria dos idosos ressaltou a importância dos dentes e das próteses, a necessidade de cuidados diários e tratamento dentário. Pode-se concluir que os idosos demonstraram uma percepção mais positiva que negativa sobre seus dentes, significando que, apesar dos problemas bucais terem impacto negativo nas suas vidas, eles, geralmente dão um valor positivo aos seus dentes.

Unitermos: Odontologia geriátrica, Odontogeriatría, Condições de saúde bucal, Percepção de saúde bucal.

1-Mestre em Clínica Odontológica (UFMG), Profª Coord.da Odontogeriatría - FACS/UNIVALE

2-Doutora em Epidemiologia, Profª. Adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG

3-Doutor em Periodontia, Prof. Adjunto da Faculdade de Odontologia da UFMG

INTRODUÇÃO

Ramos et al.¹ relataram que os brasileiros com 60 anos ou mais passarão de 6,3% da população total em 1980 para 14% em 2025, um dos maiores números de idosos do mundo. Este aumento de indivíduos idosos na população brasileira requer uma atenção diferenciada de diversos setores da sociedade, em especial da equipe envolvida nos cuidados com a saúde deste grupo etário. Tal necessidade se deve a diversas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, bem como, à ocorrência de múltiplas patologias, o consumo de vários tipos de medicamentos e aos fatores psico-sociais próprios da longevidade

Na área de saúde bucal, vários estudos^{2,3,4} mostram que os idosos formam um grupo com quase todos os dentes extraídos, grande quantidade de problemas periodontais, lesões de mucosa bucal e uso de próteses inadequadas. Esta situação é decorrente da escassez de programas de saúde dirigidos a estes indivíduos, pois estes não representam prioridade nos serviços públicos, mesmo em face aos problemas acumulados e à forte mudança demográfica verificada no país.

Neste contexto de dificuldades, uma das áreas que poderia ser explorada é a das ações de educação em saúde com ênfase na autoproteção e na autopercepção, conscientizando o indivíduo para a necessidade de cuidado com sua saúde bucal. Para isso é necessário entender como o indivíduo percebe a condição de sua boca, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela⁵. Estudos sobre essa percepção mostram que ela está relacionada com alguns fatores clínicos, fatores qualitativos como sintomas das doenças e a capacidade de sorrir, falar ou mastigar, além de ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo^{6,7,8,9}.

A saúde bucal está deixando de ser medida apenas pela presença ou ausência de doenças e por instrumentos quantitativos. Para incorporar o ponto de vista do indivíduo faz-se necessário a utilização de instrumentos qualitativos. Os indicadores qualitativos não devem ser usados para diagnosticar doenças, mas usados como mais um instrumento de avaliação, que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas⁵.

MacEntee¹⁰ realizou estudo qualitativo com objetivo de analisar o significado de saúde bucal na vida de pessoas idosas. Foram selecionados 20 homens e 20 mulheres, metade

deles desdentados e a outra metade com dentição natural, com 70 anos ou mais de idade, classificados como funcionalmente independentes, em Vancouver, Canadá. Os resultados demonstraram que, para os idosos, o envelhecimento tem reflexos na saúde geral, higiene e conforto da boca.

O trabalho desenvolvido por Steele et al.¹¹ teve o objetivo de verificar o comportamento e as atitudes relacionadas à saúde bucal de 1211 indivíduos dentados, com 60 anos ou mais de idade, em três áreas da Inglaterra. Para o estudo foram utilizadas entrevistas com questões relativas à frequência de tratamento dentário, preferências no tratamento e práticas de higiene bucal. Os resultados mostram que 28% dos idosos só procuram tratamento odontológico quando apresentam dores ou sintoma de alguma doença bucal. A percepção que o indivíduo possui de que não necessita de tratamento dentário é a principal razão para não frequentar um consultório odontológico (79% dos entrevistados), embora outras razões também fossem citadas, como o medo e o alto custo do tratamento.

A autopercepção de saúde bucal destaca o caráter subjetivo e a relatividade do conceito de saúde, bem como o fato de que as experiências pessoais sobre a doença e a saúde são influenciadas pelo espaço social em que acontecem. Esta percepção se baseia, em geral, na informação e nos conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais. A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, onde estudam, trabalham, divertem-se e amam-se¹².

A autopercepção da condição de saúde bucal permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo, apesar desse procedimento não substituir o exame clínico do paciente¹³.

Neste estudo, pretendeu-se conhecer as percepções de saúde bucal dos indivíduos com 60 anos ou mais, que utilizam medicamentos anti-hipertensivos no tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica, incluídos no Programa de Saúde da Família (PSF), do município de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais. A percepção do indivíduo em relação à sua condição bucal foi pesquisada neste estudo por tratar-se de um importante indicador de saúde que sintetiza valores e expectativas culturais dos indivíduos.

METODOLOGIA

Uma abordagem qualitativa foi adotada nesta investigação. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista em indivíduos com 60 anos ou mais, que participam do Programa

de Saúde da Família (PSF), nas Unidades de Saúde CAIC I e II, Jardim do Trevo, Santa Paula, Sir, Santo Antônio I e II, no município de Governador Valadares, Estado de Minas Gerais. Para o desenvolvimento deste trabalho obteve-se a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo referido programa. Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP - UFMG) e obteve aprovação para sua execução com o parecer nº ETIC 181/01. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril e junho de 2002.

Foram incluídos neste estudo indivíduos hipertensos que fazem uso constante de anti-hipertensivo, de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais, de estado funcional independente ou parcialmente dependente. Porém, foram excluídos os com algum déficit cognitivo, os diabéticos, os transplantados, os que fazem uso constante de fumo, bebidas alcoólicas e medicamento imunossupressor, bem como os que se recusaram a participar.

Para a coleta dos dados, as seguintes etapas foram realizadas em todas as unidades do PSF citadas anteriormente:

a) Primeira etapa: Reunião com toda a equipe da Unidade do PSF, detalhando os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos. Formou-se a população a ser entrevistada, com auxílio dos prontuários médicos.

b) Segunda etapa: Reunião com os indivíduos hipertensos cadastrados no PSF, a fim de dar-lhes informações sobre os objetivos do trabalho, bem como os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-identificação, reforçando que a pesquisa possui caráter voluntário e que os todos participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

c) Terceira etapa: Realização da coleta dos dados.

A autopercepção de saúde bucal neste estudo foi medida através das respostas às perguntas: “Para você o que é ter saúde bucal?” e “Você considera que possui saúde bucal?”. Através de entrevista que continha essas questões, coletou-se os dados qualitativos quanto à percepção e sentimentos em relação à saúde bucal. Para registro das respostas dos idosos utilizou-se como recurso, um gravador e fita cassete. Um total de 59 entrevistas foram gravadas. O número estabelecido de entrevistas foi considerado ideal, pois de acordo com Santos¹⁴ o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente

selecionadas. Em todas as entrevistas manteve-se um caráter informal, a fim de que o idoso se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área da saúde bucal. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pela pesquisadora.

Das 18 unidades do PSF, distribuídas no município de Governador Valadares, sete recebem atendimento odontológico gratuito oferecido pelo Curso de Odontologia da FACS/UNIVALE, através de convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). Os indivíduos participantes desse estudo foram selecionados a partir dessas unidades, em proporções semelhantes em cada unidade.

A apuração dos dados qualitativos foi através da técnica da “Análise de Conteúdo”¹⁵. As informações presentes nestas entrevistas relativas a cada item foram agrupadas em temas e, em seguida, as falas foram exaustivamente analisadas, a fim de levantar as categorias de análise, para finalmente conhecer a percepção de saúde bucal do grupo estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias surgidas a partir da Análise de Conteúdo serão apresentadas em seguida.

1 Significado de saúde bucal

Acesso a uma prótese total de boa qualidade

Para alguns indivíduos entrevistados ter saúde bucal significa ter uma prótese de boa qualidade, pois consideraram que o problema estético estava resolvido já que a usavam:

“Agora, ter saúde da boca eu não sei...acho que tem que ter uma dentadura, porque sem dentadura não é bonito, não”. (sexo feminino)

Segundo Silva⁵ pode haver uma tendência do indivíduo em minimizar os problemas protéticos, se sua aparência é satisfatória e a prótese não está quebrada. O uso da prótese visa à superação de uma falha no rosto. Busca-se a prótese como um recurso de retorno à imagem que se queria continuar tendo e que é exigida por uma sociedade impregnada da ideologia, que valoriza, basicamente, as possibilidades produtivas do sujeito e sua conformidade a um determinado padrão estético. A reconstrução da aparência estética por meio da prótese resolve o problema emocional, que havia se criado, desde que atenda às expectativas do indivíduo.

De acordo com Wolf¹⁶ algumas vezes busca-se, dramaticamente, na prótese, o retorno à juventude da face. A reposição de dentes por meio de prótese visa a um retorno à aparência

anterior, demonstrando que a preocupação com a estética é maior do que com a função dos dentes.

Não ter mau hálito

Verificou-se que, entre os idosos entrevistados, alguns consideraram que saúde bucal é não ter mau hálito:

“É uma coisa maravilhosa, saúde da boca é uma coisa importante. Quando a gente vai conversar com uma pessoa e ela tem mau hálito na boca, a gente sente ruim, porque é triste, terrível, dá vergonha de conversar com as pessoas. Pra mim é não ter mau hálito”.(sexo feminino)

O mau hálito foi considerado por estes indivíduos como um odor desagradável e indesejável. De acordo com Rodrigues¹⁷, pessoas com odor desagradável são consideradas marginalizadas. As práticas higiênicas exigidas pela nossa cultura são puras convenções simbólicas e, também, práticas simbólicas, necessárias para disfarçar o cheiro do corpo.

Pesquisas realizadas por Wolf¹⁸ demonstram que entre os fatores que mais perturbam as pessoas está a possibilidade de ter halitose e de exibir, para os outros, dentes com resíduos de alimentos. Esse dados colaboram com a compreensão de que a boa aparência e a demonstração de cuidados corporais indicam concordância com as normas de boa apresentação e interação social. A boa aparência é, assim, elemento facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros; aprendeu que sua imagem conta mais que a experiência, a habilidade, os afetos e o caráter, uma vez que será julgado, inicialmente, pela visibilidade exterior.

Para Martins¹⁹ a preocupação em ter o hálito agradável vem de vários anos. O homem primitivo mastigava madeira que continha fragrância para perfumar seu hálito e, talvez, suavizá-lo. Ainda hoje é comum entre os indivíduos usar substâncias para bochecho ou balas, que são capazes de perfumar o hálito, quando se tem um encontro mais íntimo.

Segundo Tárzia et al.²⁰ são comuns os registros de que as crianças possuem hálito agradável e adocicado, enquanto o dos idosos é azedo e desagradável. Logo, a halitose senil é um fato real. A incidência de redução do fluxo salivar com ocorrência de saburra e halitose é quase três vezes maior no idoso que no adulto. O aumento da saburra pode estar relacionado com o fato de cada vez mais os indivíduos estarem ingerindo alimentos

industrializados, pastosos e liqüefeitos, e isto tem como consequência uma ingestão menor de fibras que não provocam um atrito na língua e não conseguem promover uma auto-higiene. Outro fator que causa baixa produção de saliva, e como consequência a halitose, é o uso freqüente de medicamentos.

Cuidar bem dos dentes

Para a maioria dos idosos entrevistados, a saúde bucal é representada pela higiene e cuidado com os dentes. Este hábito demonstra a importância dada aos dentes e conhecimento de que há necessidade de cuidado diário e tratamento constante:

“Eu entendo assim, é acabar de alimentar e escovar, lavar a boca bem lavada e escovar a dentadura”.(sexo feminino)

Estas percepções estão de acordo com o estudo realizado por Martins¹⁹ pois demonstram que o interesse pela limpeza dos dentes esteve sempre presente em maior ou menor grau na história da humanidade. Em muitas sociedades, a limpeza dos dentes tem sido reconhecida como um hábito social desejável, bem como uma forma de afastar as doenças. Através da história da higiene bucal, observa-se que os motivos que levam os indivíduos a realizarem são: a busca de aliviar o incômodo causado pela impactação dos alimentos, a tentativa de se tornar mais sensual através de hálito perfumado, as exigências religiosas, a vaidade e o cuidado com a saúde corporal.

De acordo com Wolf¹⁶ em nossa cultura, as regras sociais preconizam, entre outras coisas, uma aparência corporal que se aproxima da estética higienista. A imagem que o sujeito tem de si será sempre em referência a um padrão ideal imposto pelas exigências sociais, pois as imagens vão passando, lenta e sorrateiramente, da organização social para a organização corporal. A aquisição de hábitos, costumes e traços adequados são recompensados pela cultura, e estar fora dos padrões ideais pode significar uma ofensa aos outros que, em contrapartida, podem rejeitar socialmente o ofensor.

Segundo Giddon²¹ a manutenção da saúde bucal pode resultar num aumento da auto-estima e em uma efetiva interação social, o que aumenta a qualidade de vida dos indivíduos.

Preservar os dentes naturais

Para alguns idosos, saúde bucal se tem quando se consegue preservar os dentes naturais, logo, estes indivíduos possuem certa consciência da importância dos dentes em suas vidas:

“É uma coisa importante na vida da gente, né? Eu tenho maior medo de ficar sem meus dentes e ter que por dentadura”.(sexo feminino)

No estudo desenvolvido por Dolan²², que objetivava conhecer a higiene bucal de idosos, foi observado que esses indivíduos têm maior preocupação com seus dentes por um período mais longo, o que raramente ocorria há cinco anos.

Porém, segundo Marinelli e Sreebny²³, para os indivíduos idosos as preocupações com a saúde odontológica se apresentam em décimo quarto lugar numa lista das vinte queixas mais comuns nesta faixa etária, na qual os primeiros postos foram ocupados por artrite, hipertensão e ansiedade. Os cuidados com a higiene bucal no âmbito doméstico são considerados intrusivos, pois competem com outras atividades que o indivíduo considera mais urgentes ou agradáveis.

Não ter doença na boca

Apenas um idoso entrevistado relatou que saúde bucal significa não ter doença. Isto demonstra que este indivíduo compreende a correlação entre as complicações orgânicas que podem advir da falta de saúde bucal:

“Não dar uma doença, estar contente, né?”.(sexo feminino)

A noção de saúde e doença, segundo Barthes²⁴, é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ele fixa. Para Bernd et al.²⁵, o limiar entre a saúde e doença bucal, para grande parte dos pesquisados, deve ser aquele problema que o impede de produzir ou desenvolver suas atividades diárias.

De acordo com Locker²⁶, saúde é um estado percebido subjetivamente e a validade da autopercepção não deve estar baseada na sua associação ou ausência de associação com os indicadores clínicos. A percepção é uma medida mais de “saúde” do que de “morbidade”, que é a base das avaliações clínicas, e, portanto, é necessário reconhecer que medidas de saúde e medidas de doenças são qualitativamente diferentes e têm implicações diferentes. Saúde é uma responsabilidade tanto individual quanto social, e deve ser mais assegurada por ações colaborativas em todos os níveis da sociedade.

Para Costa & Teixeira²⁷, o conceito de doença pode significar incapacidade para o trabalho. Se a alteração ou problema de saúde não é suficiente para impedir a capacidade de desempenho das tarefas cotidianas, é visto como um incômodo que irá passar.

Portilho & Paes¹² afirmam que, quando se questiona o que é saúde e o que é doença, obtêm-se respostas variadas, visto que o significado destes termos depende da concepção que se tem do ser humano e da sua relação com o ambiente. Desta forma, busca-se sair da análise abstrata de saúde, como equilíbrio perfeito, e de doença como desordem, para um enfoque nas crenças individuais sobre o porquê e como se adoecer; isto é, o seu significado no meio onde se vive e, afinal, conhecer as formas terapêuticas nas quais as pessoas acreditam que possam produzir a cura. Procura-se, então, compreender que saúde e doença são reflexos da vida social no corpo dos indivíduos.

Sentir gosto dos alimentos – comer bem

Alguns idosos examinados relataram que ter saúde bucal é poder sentir o gosto dos alimentos, comer bem:

“Pra mim é tudo, tem que ter paladar, sentir gosto das coisas....”.(sexo feminino)

Para Ettinger²⁸ os atos de mastigar, sentir o gosto dos alimentos são essencialmente prazerosos e emocionalmente necessários para o bem-estar do indivíduo e sua qualidade de vida. Segundo Morigushi²⁹ a perda dos elementos dentais influi sobre a mastigação, digestão, gustação, pronúncia e aspecto estético. Pode levar a um menor prazer em alimentar-se, associada à diminuição do paladar. Em seus estudos, Castelhanos et al.³⁰ demonstraram que o paladar possui um papel relevante para a qualidade de vida na terceira idade e suas alterações podem trazer transtornos no controle de dietas e conseqüentemente na nutrição do idoso.

Werner³¹ observou que pode haver diminuição no prazer de comer devido à mudança do paladar. Estas mudanças parecem ser específicas e alguns tipos de percepção gustativa podem, inclusive, se desenvolver à medida que a pessoa envelhece. A percepção do gosto salgado e do azedo é reduzida, porém a do doce e/ou ácido não apresenta alteração significativa. A diminuição sensorial do paladar pode estar relacionada à diminuição do olfato, uma vez que o potencial discriminatório do olfato na pessoa idosa tende a diminuir. Altera também a sensação de prazer ao comer.

De acordo com Brunetti & Montenegro³² o paladar possui papel importante para a qualidade de vida na terceira idade e suas alterações podem trazer grandes transtornos no controle de dietas e conseqüentemente na nutrição do idoso. A má higiene pode determinar considerável diminuição da percepção gustativa, pela simples presença física de matéria

alba, fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando, assim, a estimulação dos quimiorreceptores orais. Estes autores relatam, ainda, que pode haver uma diminuição da sensibilidade gustativa após colocação de prótese total, pois a estimulação dos receptores do tato, da temperatura e da sensibilidade gustativa pode estar prejudicada pela simples presença da base física da prótese.

Para Campostrini & Zenóbio³³ estados sócio-econômico, psicológico (depressão, demência), sistêmico e uso de medicamentos tornam os indivíduos mais susceptíveis à perda do apetite o que, conseqüentemente, pode levar à má nutrição. O consumo inadequado de nutrientes pode aumentar o risco de doenças, devido a diminuição da função imunológica e aumento da suscetibilidade à infecção.

Não possuir dentes

Diversos indivíduos relataram que ter saúde bucal é não possuir dentes:

“Graças a Deus, não tenho mais nenhum dente, eu tirei tudo”. (sexo feminino)

A falta de dentes muitas vezes leva a sentimentos de insegurança, impotência, não plenitude e vazio. Porém, neste estudo, alguns idosos relatam que ter saúde bucal é não possuir dentes, porque o tratamento odontológico é considerado sinônimo de exodontias e acreditam que com a extração, a saúde será recuperada. Essa visão equivocada mostra o desconhecimento sobre o conceito de saúde, já que a perda dos dentes elimina os problemas imediatos, mas a falta deles acarreta outros problemas, que alguns ainda não perceberam. Isto também pôde ser observado no trabalho realizado por Fiske et al.³⁴ em relação aos sentimentos dos idosos com a perda dos dentes, pois alguns sentiram alívio, já que tinham muitos problemas dentais e sentiam muitas dores.

Vargas³⁵ observou em seu estudo com pacientes adultos que foram atendidos no Centro de Saúde Boa Vista, situado na Regional Leste do município de Belo Horizonte, que a maioria dos indivíduos entrevistados demonstraram-se incomodados com a ausência de seus dentes, porém alguns relataram ter se adaptado às condições adversas que a perda dentária ocasionou em seu dia-a-dia. No entanto, os resultados do estudo desenvolvido por Bergendal³⁶ mostraram que a maioria dos indivíduos entrevistados percebiam a perda dentária e uso de dentaduras, como tão importantes em termos de ajuste social quanto casamento e aposentadoria.

Segundo Seger³⁷, pacientes idosos reagem à perda dos dentes de duas formas distintas: alguns se mostram inconformados, com sentimentos de impotência, incapacidade e ansiedade, buscam evitar essa perda a qualquer custo e dispõem-se a qualquer sacrifício para restaurar a estética, enquanto outros reagem de maneira conformista e depressiva, encarando a perda dos dentes como algo inerente à idade e a cultura. Mostram -se, portanto, passivos diante da situação e do tratamento.

Fiske et al.³⁸ observaram em seus estudos que alguns pacientes nunca aceitam a perda de seus dentes e consideram uma indignidade ter que viver sem eles. Identificaram também, uma perda da auto-confiança e até mesmo sentimento ou complexo de inferioridade por não possuírem dentes. Para Mendonça³⁹, a responsabilidade da perda dentária não pode ser considerada como cultural, pois o cidadão usuário, ao procurar as instâncias de saúde bucal, credita nelas o restabelecimento de um estado de saúde.

De acordo com MacEntee et al.⁴⁰ e Cañada-Madinazcoitia et al.⁴¹, muitos idosos aceitam como normais as conseqüências do envelhecimento, as alterações patológicas de seu estado físico, bem como as perdas dentárias e acham natural terem que se adaptar à nova realidade. Isto ocorre, especialmente quanto mais baixa for a condição sócio-econômica do indivíduo.

2 Percepção da própria saúde bucal

Considerando a percepção de possuir ou não saúde bucal, surgiram dois tipos de categorias a partir do conteúdo do discurso dos entrevistados: a percepção positiva e a negativa. Com objetivo de ilustrar os principais achados da abordagem qualitativa deste estudo, as informações obtidas foram categorizadas e descritas a seguir:

2.1 Percepção positiva

Não possuir dentes estragados e usar prótese

Vários idosos demonstraram uma percepção positiva sobre sua saúde bucal por não terem dentes estragados e usarem prótese; isto demonstra certa consciência da importância dos dentes e uso de uma prótese adequada, e que qualquer processo infeccioso na cavidade bucal poderia trazer complicações para o organismo:

“Tenho, porque se a gente ficar com dentes podres na boca, isso traz enfermidade”.(sexo feminino)

Estas percepções estão de acordo com Kiayk et al.⁴² quando apresentaram uma perspectiva histórico-social sobre a visão popular da saúde. As culturas evoluíram da aceitação do completo edentulismo (sem reposição artificial dos dentes) para um segundo estágio de preferência por dentaduras, e em seguida, para a posição de que os dentes podem ser mantidos saudáveis por toda vida, pela adoção de medidas profiláticas.

De acordo com Martins¹⁹, existe no indivíduo o desejo de ser belo, de ter um sorriso bonito, uma boca saudável, para que possa ser aceito nas várias circunstâncias de sua vida cotidiana: para estar com o companheiro, para sair de casa, para ir ao trabalho, ou simplesmente sorrir, sem ter vergonha do seu próprio corpo, que é símbolo de sua condição social.

Segundo Sheiham⁴³, saúde bucal é definida como ausência de dor e de infecção e uma dentição confortável e funcional (natural ou protética) que permita ao indivíduo exercer seu papel social.

Cuidado com os dentes

Alguns idosos entrevistados relataram que possuem saúde bucal, pois têm cuidado com os dentes:

“Tenho, porque limpo, cuido e vou ao dentista de vez em quando”.(sexo feminino)

O modelo teórico construído por Rodrigues¹⁷ sobre os aspectos instrumentais e expressivos do comportamento humano revela que a boca conota proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas, razão porque qualquer contato com ela adquire de imediato dimensões exageradamente marcadas. É considerada um importante instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade. Não é de se estranhar, portanto, que a sua aparência seja igualmente importante para o indivíduo.

Para Martins¹⁹, os conhecimentos científicos sobre os cuidados com a saúde bucal devem ser apropriados por toda a sociedade, enquanto ampliação do direito do cidadão. Existe a necessidade de superar a tradicional sistemática do reforço punitivo, onde as práticas de higiene são ensinadas com um fim em si mesmas, e a doença é vista como consequência do não cumprimento das regras.

Segundo Brondani⁴⁴, a manutenção e o cuidado na higiene bucal, seja para aqueles que utilizam próteses totais ou não, devem ser efetivos. A prevenção e a criação de estratégias de intervenção devem ser reformuladas para se reduzir o risco de que enfermidades venham

a prejudicar a saúde bucal dos indivíduos. O interessante é achar que ter cuidado significa possuir saúde bucal, mesmo com poucos elementos dentais presentes.

Não sentir dor

Mais de um idoso consideraram que têm saúde bucal porque não sentem dor:

“Tenho, senão estaria sentindo dor”.(sexo masculino)

Segundo Helman⁴⁵, a dor é vivenciada em diferentes âmbitos sociais, de acordo com seu significado para o indivíduo e a cultura a que pertence. Se a dor é vista como resultado de transgressões morais, a resposta pode ser uma penitência auto-imposta (jejuns ou rezas) ao invés de uma consulta com um profissional de saúde.

De acordo com Sarti⁴⁶, a dor como realidade social é simbolizada mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. O lugar social do sujeito qualifica a sua dor e determina a reação do outro em face a ela. Nas distinções de classe social, o sentimento da dor dos menos favorecidos aparece como natural. Esta concepção é interiorizada por estes, tornando difícil, conceber, para si a idéia de bem-estar, suposto atributo da classe dominante. Em serviços públicos de saúde, dirigidos à classe socialmente desfavorecida, é comum observar que ao se considerar bem atendida, esta população agradece, surpresa com a atenção recebida, como se, ser bem tratada, fosse algo sempre inesperado. O gênero também institui formas distintas de lidar com a dor. Suportar a dor em silêncio pode ser sinal de virilidade em certas culturas, que, em contrapartida, permitem e valorizam nas mulheres a expressão explícita do sofrimento.

Possui algum problema, mas não considera importante

Vários idosos entrevistados relataram que possuem saúde bucal, apesar de terem algum problema, mas não consideram este fato importante, pois este não traz nenhum transtorno no seu dia-a-dia:

“Eu tenho. Eu sinto só esse negócio de ressecamento na boca.(sexo feminino)

Este fato está de acordo com o estudo desenvolvido por Hunter⁴⁷ e mostra que, os indivíduos idosos parecem esperar problemas de dores no uso diário de dentaduras e aceitam isso normalmente, pois não procuraram o profissional para qualquer correção. Também no trabalho de Unfer et al.⁴⁸ que utilizou o índice GOHAI na avaliação de saúde bucal de 40 idosos de Santa Maria, RS, observaram que 75% dos idosos relataram não se

sentirem nervosos ou insatisfeitos com os problemas em seus dentes, gengivas ou próteses, além de não limitarem o contato com outras pessoas, apesar de possuírem algum problema bucal.

2.2 Percepção negativa

Sentir dor

Alguns idosos relataram que não possuem saúde bucal porque sentem dores nos dentes e na garganta, tendo em consequência destes sintomas dificuldades para se alimentarem:

“No momento eu acho que não tenho não. Porque realmente meus dentes estão doloridos e eu estou arrancando, né? Eu tenho muitos problemas nos dentes, né? Os dentes abalavam, os dentes infeccionavam, o problema que eu acho que tenho é esse”. (sexo feminino)

Esses dados também foram encontrados no estudo de Miller & Swallow⁴⁹ sobre o impacto da dor de dente. A população investigada costumava vivenciar dificuldades para comer e terem interrupções no sono associadas à dor de dente. No estudo desenvolvido por Locker & Grushka⁵⁰ a dor severa foi a maior responsável por transtorno na vida diária dos indivíduos residentes no Canadá.

Para Foucault⁵¹ quando o indivíduo sente dor, ele procura dar um nome a este estímulo confuso, ou seja, tenta dar à sua experiência pessoal uma qualidade que seja reconhecida socialmente. Ele culturaliza o estímulo, torna o que era um fenômeno individual em um fenômeno que pode ser reconhecido por outros indivíduos de seu grupo.

De acordo com Minayo⁵² é através das dores do corpo e da mutilação dentária que o indivíduo fala de seu cotidiano e das marcas do grupo social ao qual pertence. As características do corpo humano, do fenômeno saúde/doença bucal servem para pensar a vida social, entendendo que a sociedade é construída pelo próprio homem e que, em tal processo, tem seu corpo modelado. Ao falar sobre seu próprio corpo, da saúde/doença, está falando de si, da relação com o outro e do mundo em que vive.

Segundo Sarti⁴⁵ na dor manifesta-se, claramente, a relação entre o indivíduo e a sociedade. As formas de sentir e de expressar a dor são registradas por códigos culturais e a própria dor, constitui-se em um fato cultural a partir dos significados conferidos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos; embora singular para quem a sente, a dor se insere no universo de referências simbólicas de cada indivíduo.

Prótese inadequada

Apenas um idoso relatou que não possui saúde bucal porque utiliza uma prótese inadequada:

“Eu tenho dentadura, sempre eu estou com minha boca toda “esframbada” debaixo da dentadura, não sei porque..... acho que não”.(sexo feminino)

Em seu estudo Wayler e Chauncey⁵³ constataram que indivíduos cujas próteses causavam desconforto, raramente, compareciam ao profissional para ajustá-las. No caso de haver problemas com desconforto ou dor, os indivíduos se sentem desapontados, mas em muitos casos continuam usando-a, sendo capazes de suportá-las em função da aparência. Perceberam ainda, que quando as próteses não são consideradas boas pelos indivíduos, eles relatam experiências negativas no trabalho, no lazer e até mesmo em casa.

Segundo Locker²⁵ indivíduos que utilizam próteses mal adaptadas, possuem maior número de doenças e, conseqüentemente, menor qualidade de vida, principalmente pela dificuldade de alimentação; que ocasiona uma dieta desequilibrada, com consumo reduzido de nutrientes.

Má condição dentária

Vários idosos tiveram percepção negativa de sua saúde bucal porque consideraram que possuem má condição dentária. Demonstraram insatisfação com o estado de seus dentes, ficando às vezes com receio de falar com as outras pessoas:

“Não. Porque meus dentes estão meio ruim, eu extrai os de cima e uso dentadura, os de baixo fui usar um roacht não agüentei e joguei fora, me cortava demais, tenho uns restos de dentes mas eles estão ruim. Eu quis tirar eles, mas o dentista não quis tirar por causa da pressão”(sexo masculino)

Estes relatos puderam ser observados na pesquisa desenvolvida por Martins⁵⁴, demonstrando que, em nossa sociedade, indivíduos com precária condição de saúde bucal sentem que essa situação interfere em seu convívio social, diminuindo o seu prestígio, mesmo dentro do grupo do qual participa. É evidente que existe uma preocupação para que não seja considerado desagradável à visão e ao olfato, quando está no trato com outras pessoas.

Em estudo realizado com idosos da Carolina do Norte, para determinar como os dentes afetam a qualidade de vida desses indivíduos, Strauss & Hunt⁵⁵ observaram que a má condição dentária pode trazer conseqüências na qualidade de vida, devido à perda da

capacidade mastigatória, de conforto no dia-a-dia e de baixa auto-estima, tendo como consequência uma influência negativa na vida das pessoas.

Questões econômicas

Quanto à percepção de saúde bucal, um idoso relatou que não a possui devido a questões financeiras, sendo este fator, uma barreira para realização do tratamento odontológico:

“É, mais ou menos. Porque a pessoa que não agüenta fazer o tratamento, pagar, então tem que levar do jeito que está, né?”.(sexo feminino)

Este relato também pôde ser observado nos trabalhos de Guimarães & Marcos⁵⁶ e Pinto⁵⁷ em que mostraram que as pessoas são obrigadas a se mutilarem por não possuírem condições econômicas para pagamento do tratamento necessário e por falta de acesso a um serviço público que tenha resolutividade melhor e não ofereça somente extrações. Os achados de Fonseca et al.⁵⁸ também confirmam estes achados com depoimentos dos entrevistados ao relatarem que possuíam dificuldades financeiras para realizarem tratamentos odontológicos.

Segundo Pinto⁵⁹, países em desenvolvimento como é o caso do Brasil, chegam ao vigésimo primeiro milênio sem uma política definida de saúde bucal e com significativas parcelas da população sem conseguir acesso a cuidados clínicos e preventivos essenciais de maneira regular. O acesso à atenção básica em odontologia deve ser considerado como um direito de cada indivíduo, independente das suas condições econômicas e de fatores como cor, raça, religião ou opinião política.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que o paciente avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional, levando em consideração principalmente fatores dolorosos ou incômodos e estéticos. No entanto, os pacientes entrevistados pareciam ter consciência da sua real condição de saúde bucal que na grande maioria deles era muito precária.

Os resultados mostraram que os idosos têm uma percepção mais positiva que negativa sobre seus dentes. Isto quer dizer que apesar de experimentar alguns problemas, que têm impacto negativo em suas vidas, eles geralmente dão um valor positivo para seus dentes. O

grupo tem consciência da importância e a necessidade da saúde bucal, no entanto, geralmente, não relacionam a presença ou ausência dos dentes com a saúde como um todo. A importância do estudo da percepção de saúde bucal e seu impacto sobre a vida dos idosos se deve à necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais de saúde do indivíduo, o que permite aos profissionais da área de saúde bucal estarem mais conscientes das necessidades da população. Podem, desta forma, oferecer serviços adequados e direcionados aos idosos. Acredita-se que no Brasil, onde praticamente não são oferecidos serviços odontológicos a este grupo populacional na área de saúde pública, os estudos sobre a autopercepção podem ser importantes na área educativa, pois as questões ligadas ao autodiagnóstico e autocuidado, passam a ser essenciais quando se tem acesso apenas a serviços emergenciais na área de saúde bucal.

A constatação da realidade de que as doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas, bem como diminuição da qualidade de vida, determina decisões de que o atendimento integral à saúde bucal desse grupo deva ser garantido; deve-se buscar proporcionar aos idosos mudanças em sua saúde bucal e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida através de programas específicos.

De acordo com Pinto⁵⁹, um programa de atenção odontológica para idosos deveria ser desenvolvido a partir de um trabalho que vise o completo atendimento odontológico desta população. Este atendimento eliminaria suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, ao seguir critérios de prioridade em relação à idade e problemas bucais existentes. Deve ser composto por um programa preventivo, que vise controlar a incidência destes problemas; um programa curativo para sanar os problemas existentes e também um programa educativo que sirva de apoio para as demais ações. Considera-se que através de processos educativos pode-se conseguir a modificação de hábitos e/ou participação política da população. Tem-se a visão de que, se todas as pessoas forem educadas, os problemas de saúde se resolveriam.

As ações desenvolvidas em um programa para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal do idoso requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional. Saúde, portanto, está sendo entendida como algo maior do que ausência de doença, com a possibilidade de

uma vida melhor, participativa, em busca de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade em que está inserido.

A odontologia, inserida num contexto de saúde geral do indivíduo, pode contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida do idoso, desde que sejam conhecidos não só os problemas bucais puramente fisiológicos. A partir do conhecimento prévio da percepção de saúde bucal do idoso, o cirurgião-dentista poderá integrar os resultados clínicos às reais expectativas, anseios, medos e necessidades individuais do paciente.

SUMMARY

The purpose of this study was to know the self-perception of oral health status of the elderly taking antihypertensive medicine and enrolled at the Family Health Program (FHP) in the city of Governador Valadares, Minas Gerais. 59 patients have participated of the study, both male and female, independent or partially functionally, non diabetic, non drinking and non smoking. For collection of the data a qualitative interview aiming at getting the self-perceptions and feelings in relation the oral health. In the statistic analysis the qualitative analysis has become fulfilled technique of the Analysis of Content. The results showed about the perception of oral health, it was observed that the majority stand out in the evaluation of the importance of teeth and the prosthesis, the daily care and the necessity of treatment. The elderly have a more positive perception of their teeth, in spite of the oral problems that have negative impact on their lives, they generally give a positive value for their teeth.

Unitrems: Geriatric dentistry, Odontogeriatric, Oral health status, Perceived oral health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Ramos, L. R. et al. Explosão demográfica da Terceira Idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**. 1993;1:1:3-8.
- 2 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal – Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília, 1988.
- 3 Watanabe, M. C. G. *et al.* Considerações Periodontais em idosos usuários no centro de saúde Geraldo Paula de Souza. São Paulo. Brasil. **Rev. Fac. Odontol. F.Z.L.** 1996; 9:1: 20-25.
- 4 Pereira, A. C. et al. Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. **Braz. Dent. J.** 1996;2:7:97-102.

- 5 Silva, S. R. C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais.** Tese. São Paulo, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,. 1999.180p.
- 6 Atchison, K. A. Comparison of oral health ratings by dentist and dentate elders. **J. Public Health Dent.** 1993;4:53:223-230.
- 7 Gilbert, G. H. et al. Perceived need for dental care in dentate older adults. **Inter. Dent. J.** 1994;2:44:145-152.
- 8 Slade, G. D.; Spencer, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dent. J.** 1994; 6:39: 358-364,.
- 9 Steele, J. G. et al. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Community Dent. Oral Epidemiol.**1997;25: 143-149.
- 10 MaCentee, M. I. Measuring the impact of oral health in old age: a qualitative reaction to some quantitative views. **Gerontology.** 1996;13:5: 76-81,.
- 11 Steele, J. G. et al. Dental attitudes and behavior among a sample of dentate older adults from three English communities. **Br. Dent. J.** 1996;180:4:131-136,.
- 12 Portillo, J. A.C.; Paes, A. M. C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva.** 2000;1:1:75-88.
- 13 Biazevic, M. G. **Indicadores subjetivos em saúde bucal: uma revisão sistemática.** Dissertação. São Paulo, São Paulo:Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2001. 116p.
- 14 Santos, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria.** 1999;75:6:401-406.
- 15 Bardin, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Editora Setenta Limitada, 1977:229.
- 16 Wolf, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da APCD.** 1998;52:4:307-316.
- 17 Rodrigues, J. C. **O tabu do corpo.** 2.ed. Rio de Janeiro: Achiamé. 1980:173.
- 18 Wolf, S. M. R. **Conhecer para educar: a relação das mães com a dentição dos filhos.** Relatório de Pesquisa. UNIMAR. 1996.
- 19 Martins, E. M. Educação em saúde bucal: os desafios de uma prática. **Cad. Odont.** 1998;1:2:30-40.
- 20 Tárzia, O. et al. Levantamento epidemiológico do fluxo salivar da população da cidade de Bauru, na faixa etária de 03 a 90 anos. **Rev. Fac. Odontol. de Bauru.** 1998;6:2:47-52.
- 21 Giddon, D. B. Oral health and the quality of life. **J. American College Dentists.** 1987;54:10-15.
- 22 Dolan, T. A. Is dental education in step with current geriatric health promotion initiatives? **J. Dent. Educ.** 1992;56:632-635.
- 23 Marinelli, R. D.; Sreebny, L. M. Perception of dental needs by the well elderly. **Spec. Care Dent.**1982;2:4:161-164.
- 24 Barthes, R. **O óbvio e o obtuso.** Lisboa: Edições 70, 1982. 203p.
- 25 Bernd, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate.** 1992;34:33-39.
- 26 Locker, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. **J. Epidemiol.**1997;24:3:85-89.
- 27 Costa, M. C.; Teixeira, M. G. L. C. A concepção de espaço na investigação epidemiológica. **Cad. Saúde Pública** 1999;15:2:271-279.

- 28 Ettinger, R. L. Oral disease and its effect on the quality of life. **Gerodontology**. 1987;3: 103-106.
- 29 Moriguchi, Y. *et al.* Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Revista Odonto-Ciências**. 1990;9:117-123.
- 30 Castelhanos, R. A. *et al.* Saúde Bucal na terceira idade. **RGO**.1993;41:2:97-102.
- 31 Werner, C. W. *et al.* Odontologia Geriátrica. **Rev. Fac. de Odontol. F.Z.L** 1998;11:1: 62-69.
- 32 Brunetti, R. F.; montenegro, F. L. B. **Odontogeriatrics: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002: 481.
- 33 Campostrini, E. P.; Zenóbio, E. G. Avaliação pelo odontólogo. In: Maciel, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: REVINTER Ltda, 2002:179-207.
- 34 Fiske, J. *et al.* A self-help group for complete denture wearers. **British Dental J.** 1995; 178:1:18-22.
- 35 Vargas, A. M. D. **Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo epidemiológico sobre a perda dentária**. Tese. Belo Horizonte, Minas Gerais: Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais. 2002.81p.
- 36 Bergendal, B. The relative importance of tooth and denture wearing in Swedish adults. **Community Dental Health**.1989;6:103-111.
- 37 Seger, L. **Psicologia e Odontologia**. São Paulo: Santos. 1992:203.
- 38 Fiske, J. *et al.* The emotional effects of tooth loss in edentulous people. **British Dental J.**1998;184:2:72-78.
- 39 Mendonça, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pública**. 2001;17:6:1545-1547.
- 40 MaCentee, M. I. *et al.* The significance of the mouth in old age. **Social Science and Medicine**. 1997;45:9:1449-1458.
- 41 Canãda-Madinazcoitia, L. *et al.* Tratamientos prostodóncicos en paciente geriátricos. **RCOE**. 2001; 6:2:187-193.
- 42 Kiyak, H. A. *et al.* Psychologic changes in orthognathic surget patients: a 42 month follow-up. **J. Oral Maxillofacial Surgey**.1984;42:506-512.
- 43 Sheiham, A. A determinação das necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Ed. Santos.2000: 223-250.
- 44 Brondani, M. A. Educação preventiva em odontogeriatrics: mais que uma necessidade, uma realidade. **Revista Odonto Ciências**. 2002;17:35:57-60.
- 45 Helman, C. G. Dor e cultura. In: _ **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994:165-175.
- 46 Sarti, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Rev. Saúde e Sociedade**. 2001;10:1:2-8.
- 47 Hunter, R. J. Trends in oral health in the aging population. **Dent. Clin. North Am**. 1985;33:33-42.
- 48 Unfer, B. *et al.* Avaliação da saúde bucal geriátrica.**Revista Dentística on line**.2001;4: 6-11.
- 49 Miller. J.; Swallow, N. J. Dental pain and health. **Public Health**.1970;85:46-50.
- 50 Locker, D.; Gruska, M. The impact of dental and facial pain. **J. Dental Res**.1987;66: 1414-1417.
- 51 Foucault, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro:Forense Universitária.1980: 295.

- 52 Minayo, M. C. S. Cultura: tradição e contradição, uma contribuição da antropologia para se pensar educação e saúde. In: Melo, J. A. C. (Org.). **Educação: razão e paixão**. Rio de Janeiro: Panorama. 1989:180.
- 53 Wayler, A. H.; Chauncey, H. H. Altered masticatory function and perceptual estimates of chewing experience. **Int. Dent. J.** 1983;1:6:250-255.
- 54 Martins, E. M. **Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída: um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo, Belo Horizonte**. Dissertação. Belo Horizonte, Minas Gerais: Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. 1993. 187p.
- 55 Strauss, R. P.; Hunt, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **JADA**. 1993;124:105-110.
- 56 Guimarães, M. M.; Marcos, B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. **Revista do CROMG**. 1996;2:1:16-20.
- 57 Pinto, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Krieger, L. (coord.). **Aboprev: promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas. 1997:27-42.
- 58 Fonseca, L. L. V. et al. Significado de uma clínica odontológica para seus usuários: a experiência da Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina. **Revista do CROMG**. 1999;5:2:87-94.
- 59 Pinto, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos Livraria Editora. 4.ed. 2000:1-8.