

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**USO DE PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL POR IDOSOS:
ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

ANA CRISTINA BATISTA PESQUERO

Goiânia - GO

2005

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**USO DE PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL POR IDOSOS:
ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

Autora: Ana Cristina Batista Pesquero

Dissertação apresentada ao Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Petrelli

Goiânia - GO

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Pesquero, Ana Cristina B.

Uso de próteses dentárias totais por idosos: Aspectos Psicológicos 2005.

p.: 54 il.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Católica de Goiás/UCG – Área de concentração: Psicologia Social.

Orientador: Petrelli, Rodolfo.

1. Idosos – psicologia – prótese dentária total.

Autorizo a reprodução total e ou parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa desde que citado a fonte e comunicada ao autor a referência da citação.

Goiânia, abril de 2005
cpesquero@uol.com.br

Ana Cristina B. Pesquero

Universidade Católica de Goiás
Vice-reitoria de Pós Graduação e Pesquisa
Mestrado em Psicologia

Folha de Avaliação

Autor: Ana Cristina Batista Pesquero

Título: Uso de prótese dentária total por idosos: Aspectos Psicológicos

Data da defesa: 12/04/2005

Banca examinadora

Prof. Dr. Rodolfo Petrelli – UCG
Mestrado em Psicologia

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto – UCG
Mestrado em Psicologia

Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo – UFG
Faculdade de Odontologia

Das utopias

Se as coisas são inatingíveis... ora!
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Rodolfo Petrelli, por ter me orientado, pela sua disponibilidade, atenção, sabedoria e amizade, e principalmente pela confiança depositada no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto, pelas correções e disposição para compor a banca.

À Profa. Dra. Vânia Marcelo, agradeço sua consideração, apoio e disponibilidade ao aceitar fazer parte da banca avaliadora.

Aos Professores do Programa de Mestrado, pelo comprometimento com o curso, pelos ensinamentos e pela dedicação.

A todos meus pacientes, que souberam entender minha ausência algumas vezes necessária, para o cumprimento de mais uma jornada e na confiança em mim depositada.

Aos participantes, pela confiança em nosso trabalho.

Aos meus amigos Dr. Cláudio Henrique, Dra. Ana Maria Porto, Dra. Elisa Franco, por me incentivarem, no caminho da Gerontologia.

À Profa. Dra. Ana Raquel Torres, e Prof. Dr. Cícero Pereira pela disponibilidade, amizade e receptividade.

À Camila, e Pacheco secretários do Programa de Mestrado, compartilhando nossas ansiedades, nossas alegrias e sanando nossas dúvidas e dificuldades.

Aos estagiários da FUMDEC e a funcionária Iracema por me auxiliarem no levantamento dos dados deste trabalho.

À mestrande Margareth Veríssimo, pela ajuda e compromisso na realização dos estudos estatísticos.

Aos amigos e colegas desta jornada, especialmente aquelas em que o contato foi mais forte, Denise, Jaqueline, Fernanda, Annelise Soares.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, Doutores: Cristiane Rocha, Plínio Celiac, Clovis Martins, Cerise Campos, Giovanna Cecílio, Antônio José Romano, Amarrilis

Werner, Fátima Benjamin. Cada um de alguma forma esteve presente na execução deste trabalho e estão sempre presentes no meu dia-a dia, com muito carinho agradeço vocês.

Às minhas secretárias, Dina, Jaqueline, por estarem presentes e dispostas a facilitar minha vida profissional.

À minha irmã Karina, à minha sobrinha Bruna, e às minhas “irmãzinhas” Dadoia e Anna Paula, pelo amor e amizade, e principalmente por me agüentarem nos dias difíceis de mau-humor!

Ao meu pai, Prof. Dr. Saturnino Pesquero Ramón, meu verdadeiro e único “Mestre”, AMIGO! Obrigada! Você me orienta todos os dias e me ensina sempre a ter uma das mais sublimes virtudes, a humildade!

À minha querida mãe, Mariza Pesquero pelo estímulo, exemplo de força e dedicação, sempre!

À memória de meus avós Cecília Cardoso e José Pesquero, os responsáveis pelo meu amor, respeito e dedicação aos idosos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores do número de desdentados totais e usuários de próteses para pessoas de 60 a 79 anos de idade residentes na zona urbana – Brasil - 1987.....	19
Tabela 2: Indicadores das médias obtidas com a escala (SES). Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	37
Tabela 3: Grau de auto-estima em relação à idade – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	38
Tabela 4: Indicadores da influência do uso de próteses satisfatórias na auto-estima. Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	38
Tabela 5: Influência positiva do uso de próteses insatisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	39
Tabela 6: Influência negativa do uso de próteses insatisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	39
Tabela 7: Indicadores da influência negativa do uso de próteses satisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	39
Tabela 8: Indicadores da influência positiva do uso de próteses satisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	40
Tabela 9: Indicadores da influência do uso de próteses satisfatórias na vida afetiva – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	40
Tabela 10: Indicadores da influência negativa do uso de próteses na vida afetiva – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	41
Tabela 11: Indicadores de atividade sexual – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	41
Tabela 12: Indicadores da influência do uso de próteses insatisfatórias na vida sexual – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.....	42

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Fragmento de mandíbula ano 600d. C. Peabody of Archeology - (Primeira tentativa de implante para substituição dos dentes).....	17
Ilustração 2: Prótese de madeira confeccionada no Japão século VIII	18
Ilustração 3: Modelo de Prótese total, utilizado na atualidade	18

RESUMO

A utilização de próteses totais na reabilitação bucal devolve aos pacientes além das capacidades mastigatória e fonética, a estética e as condições de interagir socialmente e sua auto-estima. O objetivo deste estudo foi verificar os aspectos psicológicos, auto-estima e interação social, relativos do uso de prótese dentária total em 82 idosos frequentadores de grupos de convivência. A partir da aplicação de 3 escalas de atitudes, foi possível verificar a auto-estima dos participantes e a influência do uso das próteses para os relacionamentos sociais, afetivos e sexuais. Os participantes apresentaram-se com boa auto-estima, sendo esta relacionada ao uso de próteses satisfatórias. Com relação aos fatores de interação social concluiu-se que o uso de próteses satisfatórias é importante para os relacionamentos sociais, já para os relacionamentos afetivos concluiu-se que a qualidade das próteses pode ser importante, mas o fato de ser usuário não influencia na afetividade. Para a vida sexual observou-se que a qualidade das próteses influencia na manutenção das atividades sexuais.

Palavras-chave: Auto-estima, Idosos, Próteses totais.

ABSTRACT

The use of complete dentures for oral rehabilitation re-establishes patients' esthetic, phonetic and masticatory capacities, so as their social interaction and self-esteem. The purpose of this study was to verify the psychological aspects, self-esteem and social interaction, from 82 elderly people using complete dentures and being attended at institution. Applying a 3 – attitude scale model, it was possible to verify subjects' self-esteem and the influence of complete dentures use on sexual, affective and social behavior. Overall, the entire cohort displayed positive self – stem that correlated to well – fit dentures. Regarding social interacting factors, well-fitted dentures were also important on sexual, affective and social behavior.

Key-words: Self-esteem, Elderly people, Complete dentures.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUÇÃO	13
1. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRÓTESES DENTÁRIAS.....	16
1.1 Próteses odontológicas: breve histórico.....	16
1.2 Dados epidemiológicos do edentulismo	19
2. IMPORTÂNCIA PSICOLÓGICA DA BOCA.....	21
2.1 Significado psicológico da boca e dos comportamentos orais.....	21
2.2 A imagem corporal e a auto-estima.....	23
2.3 A estética buco-facial e a auto-estima	25
2.4 Auto-estima e envelhecimento	27
2.5 Relações sociais e interpessoais no envelhecimento	31
3. MÉTODO.....	33
3.1 Descrição do estudo.....	33
4. OBJETIVO GERAL	34
4.1 Objetivos específicos	34
4.2 Participantes	34
4.3 Instrumentos.....	35
4.4 Procedimentos	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
CONCLUSÕES.....	44

REFERÊNCIAS	45
ANEXOS	49
Anexo 1 - Pesquisa sobre efeitos psicológicos provocados pelo uso de próteses totais	50
Anexo 2 - Escala de auto-estima (1965)	51
Anexo 3 - Escala de auto-estima e prótese total	52
Anexo 4 - Escala de auto-estima e relacionamentos sociais	53
Anexo 5 - Ficha clínica	54

INTRODUÇÃO

Pela força de lei do recente Estatuto do Idoso (Brasil, MS, 2003), ficam resguardados aos seus contemplados, entre outros, os direitos da preservação de sua saúde física e mental, assim como a sua inserção e bem-estar social.

A partir das considerações iniciais, é preciso conceituar idoso. A definição torna-se arbitrária dependendo do desenvolvimento sócio-econômico de cada sociedade. Pela definição da Organização das Nações Unidas, será considerado idoso aquele com mais de 65 anos para os países em desenvolvimento; onde a expectativa é menor adota-se os 60 anos como idade de transição das pessoas para o segmento idoso da população (ONU, 1985 apud: Netto, 1996). Segundo a Organização Mundial de Saúde, considera-se idoso aquele com mais de 60 anos (OMS, 1984 apud: Netto, 1996). O estatuto do idoso (Brasil, MS 2003), considera como idoso também os indivíduos com mais de 60 anos, condição esta que será seguida neste trabalho.

O aumento de expectativa de vida da população brasileira, reflete as mudanças nas causas de morbimortalidade. As doenças infecto-contagiosas cederam lugar às doenças crônico-degenerativas como causa líder de mortalidade, provocando entre outros problemas, os de saúde pública. As doenças crônico-degenerativas não são devidamente controladas, entre elas diabetes, hipertensão, demências e abarrotam hospitais e salas de emergência, aumentando a necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros para o Estado (Leme, 1996). A falta de programas específicos preventivos para a população idosa agrava esse quadro.

É sabido que, com o avanço da idade, existe a diminuição das funções biológicas e fisiológicas, bem como maior frequência da manifestação de enfermidades e disfunções em todo organismo. Juntamente com este quadro, existem alterações psicológicas frente ao mundo interior e exterior, o que pode provocar uma diminuição da auto-estima e dos relacionamentos sociais (Ourique & Montenegro, 1998).

A saúde bucal tem um papel relevante na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o comprometimento da saúde bucal pode afetar negativamente o nível nutricional, o

bem estar físico e mental, bem como diminuir o prazer de uma vida social ativa (Werner et al, 1998 apud Marchini e cols., 2001).

Com relação à saúde bucal, as estatísticas da realidade brasileira revelam um quadro preocupante: cerca de 75% dos idosos brasileiros são desdentados totais. Esse dado por si só revela a existência de uma Odontologia radical, conseqüente a uma falta de acesso aos serviços preventivos e curativos (Brasil, MS, 2004).

O edentulismo, falta total de todos os dentes, provoca além de problemas funcionais, dificuldades na mastigação, deglutição e fonação, corroborando para o aparecimento de anemias, desnutrição e problemas digestivos, e também problemas estéticos e biopsicossociais (Ettinger, 1997).

Alguns estudos ilustram o problema: Settim (2000) constatou que a média de dentes naturais por pessoa com mais de 65 anos é apenas de 8.4, segundo uma pesquisa realizada na população da cidade de Curitiba; e que o número de desdentados totais na faixa etária de 60 anos alcança a cifra de 36% em usuários do SUS em Belo Horizonte.

Ainda que o problema do edentulismo persista como um severo problema de saúde pública, vislumbra-se, entretanto, uma dinâmica de superação do problema. Assim, um recente estudo de Truin e Bonkhost (1997 apud: Settim, 2000) estima que, nas próximas duas décadas, nos países ocidentais haverá uma redução de 39% para 9% no número de desdentados do grupo de 45 a 64 anos e de 71% para 37% no grupo de 65 anos ou mais. Nos países desenvolvidos, por exemplo, o Japão, o total de edêntulos não ultrapassa a casa dos 1%.

Uma das soluções para reabilitação de pacientes desdentados está na confecção de próteses totais, aparelhos protéticos com a função de repor a ausência total de elementos dentários que são conhecidos, popularmente, como dentaduras. São confeccionados com resina acrílica que devolvem as funções mastigatória, estética e fonética.

Essa reabilitação dentária total objetiva não tão somente restabelecer as funções digestivas implicadas no mecanismo da mastigação e da fonação, dependente de todos os elementos da cavidade bucal, senão também para recuperar uma feição facial sem o estigma da imagem estereotipada de velho: indivíduo de bochechas murchas, nariz grande e mento protuso (Ferreira & Nóbilo In: Campostrini, 2004).

A “nova” odontologia desperta para todos aspectos humanos, psicológicos e sociais, implicados na prevenção e tratamento do edentulismo. Sobre esse particular, cita-se como ilustrativos os estudos de Settim (2000) sobre os impactos psicossociais

provocados pela perda dos dentes; Ward (1984 apud Hamilton, 2002) sobre o impacto das mudanças e perdas físicas na auto-estima dos indivíduos e de Brunetti Montenegro e Manetta (1998) que ressalta a importância da saúde do sistema mastigatório para uma boa integração sócio-cultural, interpessoal e afetiva.

Um novo paradigma de ações de saúde vem sendo implantado há mais ou menos três décadas, ressaltando a presença e participação do psicólogo da saúde nas diferentes propostas de atenção à saúde da população (Sebastiani, 2000). O presente trabalho visa fornecer dados que norteiem a Odontologia dentro desse paradigma, ou seja, um atendimento voltado e preocupado com um ser biopsicossocial.

Este estudo pretendeu verificar alguns aspectos psicológicos do uso de prótese total na auto-estima e interação social, em idosos freqüentadores de grupos de convivência.

1. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS PRÓTESES DENTÁRIAS

“A prótese dentária é mais que um conserto mecânico,
ou tratamento para uma doença local,
e sim profilaxia contra uma doença sistêmica”.

Howard Roper, 1958.

A extração dentária por muito tempo foi a solução encontrada para moléstias nos dentes. Historiadores relatam que os Fenícios já tentavam repor os elementos dentários perdidos, talvez não por uma questão estética ou religiosa, mas como uma tentativa de sobrevivência (Abpd, 2004).¹

O edentulismo, hoje, é considerado um problema de Saúde Pública. Neste capítulo será abordado o problema do edentulismo, bem como um histórico das próteses odontológicas.

1.1 Próteses odontológicas: breve histórico

Em seu conceito básico, prótese é a substituição de um tecido perdido ou não formado. A palavra deriva do grego: *pro* diante, em lugar de; e *thesis*, colocar. Etimologicamente, colocação de coisa em lugar de outra” (Turano & Turano, 2002).

Com relação às próteses odontológicas, e segundo o comitê da Associação Americana das Escolas Odontológicas, a “Prótese é a ciência e a arte de prover substitutos convenientes para a porção coronária dos dentes, ou para um ou mais dentes perdidos e para suas partes associadas, de maneira a restaurar as funções perdidas, aparência estética, conforto e a saúde do paciente” (Turano & Turano, 2002).

A origem das próteses odontológicas é antiga. Dentro da história das próteses encontram-se relatos da tentativa de nossos antepassados de repor os elementos dentários.

¹ BREVE histórico das próteses odontológicas. 2004. Disponível em: <<http://www.abpd.hpg.ig.com.br/curiosidades.htm>>. Acesso em: 10 set. 2004.

Acredita-se que os Fenícios tenham sido os verdadeiros precursores da prótese dentária. Dois exemplares conhecidos pelo nome de seus descobridores, Gaillardot e Torrey, o primeiro trata-se de seis dentes, dois caninos e quatro incisivos, ligados por um fio de ouro, sendo que o central e o lateral direito pertenciam a outra pessoa e substituíam os ausentes. No segundo uma mandíbula com próteses em ouro encerravam seis dentes anteriores com finalidade fixativa (Abpd, 2004).

Os Maias praticaram a implantação de materiais aloplásticos (não-orgânicos) em pessoas vivas. Enquanto escavavam na praia dos Mortos, no vale Ulúa de Honduras em 1931, Wilson Popenoe e sua mulher encontraram um fragmento de mandíbula de origem Maia, que datava do ano 600 d.C. Este fragmento, que se encontra atualmente no *Peabdy Museum of Archeology and Ethnology* da Universidade de Harvard, foi estudado por Amadeo Bobbio, de São Paulo, Brasil, uma autoridade em implantes reconhecida em todo o mundo. Bobbio observou que três incisivos inferiores haviam se perdido. Contrariamente à opinião inicial, segundo a qual estes fragmentos teriam sido inseridos depois da morte, as provas radiológicas efetuadas por Bobbio em 1970 comprovaram a formação de osso compacto em torno de dois implantes, osso radiograficamente similar ao que envolveria um implante de lâmina atual (Ilustração 1). Em consequência, estes são os dois implantes endosteais (dentro do osso) aloplásticos mais antigos já descobertos (Abpd, 2004).



Ilustração 1: Fragmento de mandíbula ano 600d. C. Peabdy of Archeology - (Primeira tentativa de implante para substituição dos dentes).

Fonte: Abpd, 2004.

Alguns pesquisadores supõem que seu principal incentivo era o adorno pessoal. Sabemos que os Maias levavam a cabo cerimônias religiosas elaboradas, nas quais o enegrecimento dos dentes e o clareamento da face e torso tinham um significado importante (Abpd, 2004).

Quando o budismo foi introduzido no Japão no século VI, veio acompanhado de uma grande variedade de novas artes e técnicas. Por volta do século VIII, os japoneses dominavam a arte de talha de imagens de Budas em madeira, sendo possível que as primeiras próteses de madeira (ilustração 2) tenham sido confeccionadas nesta época. Sem dúvida os aspectos técnicos da manufatura de próteses já se achavam aperfeiçoados. A prótese total nasce verdadeiramente em 1728, quando Pierre Fouchard nos anos 1678-1780 criou as Próteses Totais superiores com “câmaras de vácuo” (Turano & Turano, 2002).

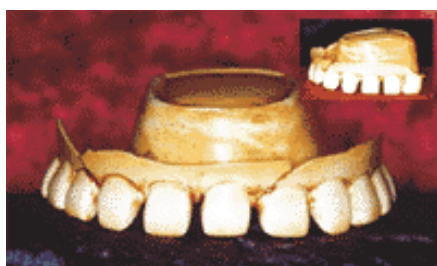


Ilustração 2: Prótese de madeira confeccionada no Japão século VIII.

Fonte: Abpd, 2004.

Hoje, a prótese dentária total substitui, além de ambos os arcos dentários perdidos, a fibromucosa gengival (ilustração 3) e devolve ao paciente a recomposição do sistema estomatognático, e também o bem-estar biopsíquico e social.

A Odontologia já conta com novas tecnologias para reabilitação bucal, como os implantes osseointegrados. Neste trabalho, no entanto, só foi considerada a reabilitação com próteses totais. Já que esta, por ter menor custo, ainda é muito utilizada.



Ilustração 3: Modelo de Prótese total, utilizado na atualidade.

1.2 Dados epidemiológicos do edentulismo

Dentro de um contexto da falta de recursos para atenção à saúde bucal nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a realidade brasileira ilustra claramente graves problemas referentes à saúde bucal. Segundo dados recentes do Ministério da Saúde (2004), 75% dos idosos são desdentados totais.

O edentulismo foi definido por Ettinger (1997) como produto final da mortalidade dental, conseqüência do não controle da cárie, doença periodontal. Na verdade, a perda dos elementos dentários é resultante de diferentes fatores biológicos, comportamentais e psicossociais. O mesmo autor acrescenta que o edentulismo é aceito pela sociedade como conseqüência natural do envelhecimento.

A perda dos dentes tem um profundo impacto em vários aspectos; a saúde geral pode ser prejudicada pela falta de dentes como demonstram os dados de duas pesquisas: entre 1980 e 1997, ocorreram 36.955 óbitos de idosos no Brasil provocados por desnutrição, (Chaimowicz e Greco, 1997 apud Campostrini, 2004), Walls, Tsakos e Sheiham, (2000 apud Campostrini, 2004) observaram que a escolha de alimentos por idosos está relacionada com a capacidade de mastigação, assim pode-se inferir uma relação direta da desnutrição com a saúde bucal.

Quando os estudos epidemiológicos demonstram a situação da saúde bucal da população idosa no Brasil, os problemas são classificados como severos e graves. Jitomirski (1998 apud Pinto, 2000).

De acordo com estudo epidemiológico realizado no Brasil (Brasil, 1988 apud Pinto 2000) é alta a porcentagem de idosos desdentados, conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1: Indicadores do número de desdentados totais e usuários de próteses para pessoas de 60 a 79 anos de idade residentes na zona urbana – Brasil - 1987.

Grupo etário	% que necessita ou usa Prótese total	% edêntulos
60 a 64	83,49	58,87
65 a 69	91,25	68,48
70 a 74	96,31	76,89
75 a79	98,33	84,56

Fonte: Pinto (2000).

Estudos mais recentes (MS 2004) apontam 57.91% de indivíduos entre 65 a 74 anos, como usuários de prótese total superior e 34.18% usuários de prótese total inferior. Os dados sugerem uma diminuição de indivíduos desdentados, entre 1987 e 2003.

Nos Estados Unidos, conforme o estudo de Ettinger (1997), o número e a porcentagem de idosos edêntulos têm diminuído consideravelmente nos últimos 30 anos. Mesmo com esse declínio, o número estimado de indivíduos edêntulos nos Estados Unidos em 2030 é de 9 milhões, equivalente a 15% da população, contrastando com 35% de indivíduos desdentados em 1980.

O mesmo estudo (1997) acredita que a diminuição do número de desdentados pode estar associada aos avanços tecnológicos da Odontologia, mas que ainda a opção pela extração dos dentes está intimamente ligada às condições econômicas dos pacientes, além de fatores culturais, educativos.

Procurando compreender os motivos que justificam as extrações em pessoas com mais de 50 anos, em Brasília, Zago et al (1993 apud Pinto, 2000) constataram que 28% extraíram os dentes por decisão própria, 29% por falta de informação, 22% por questões econômicas e 12% por orientação profissional.

O Governo Federal criou o Projeto Brasil Sorridente e os brasileiros poderão ter acesso às próteses totais e parciais. Segundo dados do Ministério da Saúde (2004), 75% dos idosos são desdentados e 5.000 adolescentes também não têm os dentes. O projeto tem como meta reabilitar com próteses 100% dos adolescentes e 50% dos idosos.

Segundo Pinto (2000), pacientes idosos desdentados não têm mais interesse em programas de saúde bucal, no entanto, dada a influência da saúde bucal na saúde geral, este grupo representa uma prioridade para a Odontologia. Entre algumas medidas de promoção de saúde a idosos, a prevenção terciária via manutenção de aparelhos protéticos seria essencial. Além de programas voltados à manutenção de dentes naturais, diminuindo índices de edentulismo.

2. IMPORTÂNCIA PSICOLÓGICA DA BOCA

A Psicologia aplicada à Odontologia pode ser definida como atitude geral que postula uma visão integrada do homem, na sua unidade corpo-mente, que sofre influências do ambiente físico e do meio sócio-cultural em que está inserido.

(Sergey et al 2002).

Na atividade odontológica, se faz importante o conhecimento das variações emocionais pela quais os indivíduos passam nas diferentes fases de sua vida, da infância à senilidade. O profissional deve estar apto a perceber o estado emocional dos pacientes e atender também para valorização da função e da estética, como sustentação da auto-estima. Nesse sentido, este capítulo objetiva fornecer subsídios da importância da manutenção da estética facial, especialmente da boca, para a auto-estima e relacionamentos sociais (Silva & Fernandes 2001).

2.1 Significado psicológico da boca e dos comportamentos orais

Em todas as culturas o rosto tem um significado privilegiado. Por meio das expressões faciais se torna possível demonstrar diversos sentimentos. A boca é o principal instrumento de adaptação, comunicação e sobrevivência (Rovaletti, 1998).

Foi a psicanálise que aprofundou os significados psicológicos da boca. Freud (1915, 1973) defendeu que a chamada fase oral era a primeira fase da evolução libidinal, pois o prazer sexual está então ligado de forma predominante à excitação da cavidade bucal e dos movimentos dos lábios que acompanham a alimentação. A atividade de chupar assume a partir dessa época um valor exemplar, e demonstra como a pulsão sexual, que a princípio se satisfaz por apoio numa função vital, adquire autonomia e se satisfaz de forma auto-erótica.

A sucção é a atividade mais gratificante e absorvente, a boca, com sua delicada sensibilidade e suas complexas estruturas musculares, satisfaz através da sucção importantes necessidades psicológicas. A prática hospitalar de pesar a criança antes e depois da amamentação para estabelecer a quantidade de leite ingerido permitiu comprovar que muitas crianças sugam com muita satisfação sem ingerir grandes quantidades de leite. A atividade da boca alivia a tensão psíquica e estabelece de um modo importante a relação com a mãe. Deste modo, nota-se que os primeiros sentimentos emocionais e sociais, assim como a percepção primitiva do eu, está vinculada a atividade oral. As etapas seguintes do desenvolvimento permitem observar três formas ou tipos de atividade que surgem desta função nutritiva, o gostar ou mastigar dos alimentos; como função emocional, o sorrir e o beijar; no plano intelectual, formação de palavras (Talaferro, 1970, pp. 148-149).

Durante a fase oral, a região bucal é a principal fonte das excitações; é o local de realização das trocas do bebê com o mundo. Todo o ser encontra-se centrado nessa relação que, por um lado atende ao impulso de auto-conservação, permitindo a incorporação do sustento biológico, e, por outro lado, faz com que, ao receber o leite, as primeiras impressões se registrem, dando origem à estruturação do psiquismo humano. As experiências de prazer e desprazer encontram-se relacionadas com este órgão fundamental (Zimerman, 1999).

Na fase oral, a boca é a zona do corpo cujo estímulo proporciona satisfação. Freud, em 1915, introduziu o termo “incorporação” para discutir o tipo de relação que o bebê tem com seus objetos. Estão contidos três significados nesse conceito: a obtenção de prazer fazendo penetrar um objeto em si; destruição desse objeto; assimilação das qualidades desse objeto, conservando-o dentro de si (Wolf, 1998).

Freud (1915, 1973) descreveu também uma fase oral-sádica que corresponde ao aparecimento de dentes, em que a atividade de morder implica uma destruição do objeto. Nesse sentido os significados psicológicos do início da erupção dentária marcam mudanças significativas na organização psíquica da criança e fundem-se à agressividade e à libido (Wolf, 1998).

Os dentes são sentidos pelo bebê como instrumento de defesa, além de associá-los à dor e à satisfação do apetite, são conotados como signos de força e independência (Wolf, 1998).

Zimerman (1999) esclarece que a boca não é o único órgão importante durante a fase oral, mas sim que ela constitui um modelo de incorporação e de expulsão, ou seja, como um protótipo de funcionamento arcaico que intermedeia o mundo interno com o mundo externo.

Aberastury (1982 apud: Wolf, 1998) demonstrou que o nascimento dos dentes produz transtornos emocionais na criança, outro autor, Giglio (1983) argumenta que os dentes passam a ser símbolos de força, de agressão, de independência e que sua perda implica em insegurança e ansiedade.

Em um estudo intitulado “O significado Psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos”, Wolf (1998) objetivou compreender os aspectos psicológicos envolvidos na perda dos dentes. Análise feita após entrevistar profissionais e pacientes portadores de prótese ou de implante dentário. O estudo revelou que o paciente quando busca recursos odontológicos para substituição de dentes perdidos, está também demandando a reconstituição de sua imagem pessoal e social.

Vários autores relatam que a perda dos dentes é fator desencadeante de sentimentos de desamparo e diminuição da auto-estima, e que na procura pela confecção de próteses, o paciente traz também a idéia de refazer sua imagem pessoal e social (Marchini, et al, 2001). É comum haver uma associação entre velhice e edentulismo, porém nos dias atuais esse conceito tem sido modificado, dando lugar a tratamentos mantenedores da saúde bucal, e que cada vez mais pacientes desdentados buscam tratamentos reabilitadores, procurando também o resgate de sua auto-estima.

Settim (2000) afirma que a perda dos dentes tem um profundo impacto na vida de algumas pessoas, incapacitando e criando obstáculos. Muitas vezes o edentulismo é aceito pela sociedade como uma consequência normal e natural do envelhecimento.

Desde o ponto de vista estético e social é que Brunetti, Montenegro e Manetta (1998) reforçam a importância psicológica da saúde do sistema mastigatório: a integração social (aparência) e familiar (sorriso o beijo), a fala ficam comprometidos quando não existem os dentes.

2.2 A imagem corporal e a auto-estima

A cultura atual é marcada por um traço narcísico. De acordo com Lagacsh (1983 apud: Wolf, 1998) as pessoas tornam-se super envolvidas com a imagem, e por padrões estéticos pré-estabelecidos. Prova disso é o avanço tecnológico e científico das ciências em busca do belo, do perfeito e da juventude eterna.

Segundo Rovaletti (1998), a demanda por mudanças estéticas demonstra que os padrões que os indivíduos adotam sobre si mesmos mostram carência de uma forma estética padronizada, por uma má formação, por um desvio nesse padrão e até mesmo pelo envelhecimento.

Balucchi (1998), ao escrever sobre o valor da imagem corporal, afirma que a imagem que temos de nós mesmos é uma criação dinâmica em contínua construção e mutação formada por uma síntese de elementos unidos ao nosso físico e psíquico, e uma fusão entre os fatores da esfera pessoal e social, uma imagem mental e de percepção.

Segundo o mesmo autor (1998) para a formação da imagem corporal as sensações e percepções cumprem um papel importante. Entre as sensações, ressalva-se recordar as relacionadas à percepção da imagem do outro, o que leva a uma variação de nossos comportamentos e, conseqüentemente, à comparação do outro em si mesmo. Uma vez constituído o esboço da imagem, esta é confrontada com a imagem que os outros oferecem com a que é considerada um padrão social.

Ao mostrar-se como corpo, se manifesta efetivamente sua presença no mundo e em relação com os demais, é dizer “existo” e “sou um corpo para o outro”, o outro não é mais que uma mera probabilidade, ele existe realmente e é co-autor da minha própria existência (Rovaletti, 1998). Não existe imagem de um sem a imagem do corpo do outro.

As transformações do corpo no domínio estético se orientam à reconstrução, seja tirando as imperfeições, seja melhorando os desgastes, as conseqüências da idade, a obesidade, a magreza, e até atenuando cicatrizes. O status social requer que cada um possa fazer frente a seu estado físico e apresentar um corpo digno do olhar do outro (Rovaletti, 1998).

Ainda escrevendo sobre a corporalidade, a intersecção de todas as significações vividas intersubjetivamente, Rovaletti (1998) esclarece que é exigido de cirurgiões-plásticos que realizem em duas horas o que um psicoterapeuta levaria meses, até anos: proporcionar um bem-estar e restaurar a auto-estima. Os profissionais que ignoram os fantasmas subjacentes da demanda, reduzem a intervenção a um simples gesto técnico.

Quando a falta de auto-estima se projeta em uma parte do corpo, traduz-se freqüentemente um sofrimento neurótico, até delirante, casos de desmorfobia, pacientes que buscam padrões estéticos não objetivos, que têm uma verdadeira obsessão por mudanças corporais. Por outra parte, estão motivados por um verdadeiro medo de sua imagem. Fundamentalmente, o rosto é o que mais provoca horror. Às vezes um apaziguamento que permite uma orientação distinta pode dar início a uma mudança psicológica que introduz uma auto-imagem mais aceitável (Rovaletti, 1998).

Em uma perspectiva fenomenológica, Merleau-Ponty (2000), ao escrever sobre o esquema corporal, afirma que o corpo não é somente coisa, é um corpo que se move, é

dizer que o corpo humano é sujeito de sua percepção, a estrutura estesiológica do corpo humano é portanto uma estrutura libidinal, de projeção-introjeção e de identificação. O mesmo autor (2000) esclarece dizendo que o corpo é simbolismo, um termo tomado como representativo de um outro.

Para falar da construção da auto-estima a partir da imagem corporal, é preciso entender sobretudo, a identidade social. A teoria da identidade social foi pesquisada por Turner (1979). Esses autores, ao pesquisar o que acontece com a autopercepção de sujeitos ao se tornarem membros de um grupo, concluíram que a auto-imagem tem dois componentes: A identidade pessoal e a identidade social, e qualquer ação que eleve a identidade social tende, automaticamente, a elevar também a auto-imagem.

Nas ciências sociais a auto-estima é um hipotético construto que é quantificado com a soma de valores através de atributos característicos da própria personalidade, tendo como base uma afetiva avaliação de si mesmo com o mundo (Blascovich & Tomaka, 1973). Essa concessão tem como base, como já foi explicado, a mensuração sobre a avaliação de si mesmo ou dos outros.

Acerca do que foi explicado observa-se que a imagem corporal é fundamental para elevação da auto-estima. Conclui-se também que a auto-imagem segue padrões constituídos pela identidade social e mensura-se como o grau que uma pessoa se valoriza, avalia e aprova, a si mesmo e ao outro.

2.3 A estética Buco-facial e a Auto-estima

A Odontologia cada vez mais vem buscando por meio dos avanços tecnológicos, recursos que devolvam ao paciente a estética bucal. Para falar de estética bucal, é preciso entender que a boca faz parte da face e que qualquer modificação nos dentes pode fazer com que sua expressão melhore e se adapte harmoniosamente ao conjunto, ou pelo contrário piore (Lopes, 2000).

A aparência estética dos dentes apresenta uma grande importância no convívio social diário, no ambiente de trabalho e para a saúde psicológica das pessoas.

Os efeitos na personalidade e nas atitudes em relação à aparência dental e à satisfação com sua condição dental têm sido bastante pesquisados. Por exemplo, se pacientes têm baixa auto-estima, há uma tendência de serem mais críticos e dar mais

importância aos seus dentes e a aparência bucal (Gordon, Fryer & Niessen, 1988). Os mesmos autores estudaram a relação da satisfação do paciente com sua situação dental atual e auto-estima. O estudo foi feito com 168 sujeitos, divididos em três grupos o primeiro, sujeitos com dentição natural, o segundo desdentados e usuários de próteses, e o terceiro, desdentados e não usuários de próteses. Os sujeitos eram questionados quanto à importância da aparência dental função e conforto de acordo com a atual situação dental. O estudo concluiu haver uma correlação positiva entre auto-estima com aparência dental e conforto, porém a aparência dental foi considerada menos importante que conforto e função. Os autores constataram que uma elevada auto-estima influencia na percepção da condição dental e não vice-versa. Além disso, o estudo relatou que os pacientes com prótese percebem sua aparência melhor que sujeitos com dentição natural.

Tau e Lowental (1980) pesquisaram nos traços de personalidade a preferência estética em usuários de prótese total numa clínica odontológica, e concluíram que uma positiva auto-imagem estava correlacionada com a preferência por uma aparência natural dos dentes, e que uma negativa auto-imagem foi correlacionada com dentes feios, a preferência presume uma satisfação com suas dentaduras.

Langer e Cols (1961 apud: Gordon, Fryer & Niessen 1988) ao estudar os fatores que influenciam a satisfação de pacientes idosos com suas próteses totais observaram uma estreita relação entre satisfação do paciente e situação clínica da dentadura, uma relação com a capacidade mastigatória e bem-estar.

Weinstein e Cols (1988) pesquisaram a satisfação do paciente com suas próteses relacionando idade e experiência anterior com tratamentos reabilitadores. Pesquisaram 135 sujeitos que haviam sido tratados com novas próteses. Os sujeitos voltaram 60 dias após a instalação das próteses e foram questionados sobre 12 fatores, divididos em categorias de função, conforto e aparência. Concluiu-se que não há relação da idade e satisfação com as próteses, e que pacientes que estavam recebendo as primeiras próteses tiveram mais dificuldades em todas as categorias, função, conforto e aparência.

Berg e Bergen (1993) estudaram, por meio de questionários, os diversos fatores que influenciam a aceitação de novas próteses totais, como a qualidade das dentaduras, condição bucal, a relação profissional-paciente, condições socioeconômicas, experiência previa, personalidade e atitudes do paciente. Com relação às atitudes do paciente frente ao uso de novas próteses, considerou-se o efeito que o uso de novas próteses tiveram na auto-estima dos sujeitos. Uma influência negativa nesse sentido foi reportada pelos autores e

principalmente em mulheres. Em relação à personalidade dos pacientes, aspectos específicos da personalidade, como desconfortos somáticos, parecem ter uma influência na aceitação das próteses. Os autores concluíram que os fatores psicológicos que influenciaram na aceitação das próteses são variáveis e não específicas para o sucesso das próteses.

Em um estudo apresentado em três partes, Friedman e cols (1987, 1988) pesquisaram sobre fatores que influenciam na aceitação e adaptação às próteses totais. No primeiro estudo, os autores concluíram que de diversas formas as pessoas podem absorver o trauma de mudanças corporais e adaptar-se melhor ou pior ao novo esquema corporal. No segundo estudo, pesquisaram como desdentados e pacientes condenados a extrações respondem à perda dos dentes. Já no terceiro estudo, discutiram técnicas de conduzir melhor o tratamento de pacientes que não se adaptavam às próteses. Os autores concluíram que, para pacientes mal adaptados com as próteses, o sentimento de medo, ansiedade e depressão estavam sempre presentes, que era importante estabelecer uma relação desses fatores para auxiliar no processo de adaptação dos pacientes e que a relação paciente-profissional é de suma importância para o sucesso do tratamento nesses pacientes.

Alvi e cols (1989), estudando a capacidade de adaptação de pacientes com relação aos seus problemas protéticos, compararam quatro grupos: 1. Um grupo controle de pessoas saudáveis e dentes naturais, 2. outro de pessoas insalubres, parcialmente desdentadas, 3. desdentados totais sem dentaduras e 4. desdentados totais com dentaduras satisfatórias. Eles concluíram que uma estética bucal agradável é o principal fator para uma pessoa se sentir bem social e psicologicamente.

2.4 Auto-estima e envelhecimento

“Saiba profundamente, uma longa vida, com todas as suas dores, vale a pena ser vivida, mesmo com a inelutável decadência física.”

Lou Andréas-Salomé

Para o entendimento das atitudes das pessoas em relação ao envelhecimento, como as pessoas mais velhas se apresentam aos outros, faz-se necessário o entendimento das mudanças na personalidade relacionadas à idade.

A personalidade pode ser definida como as características individuais de comportamento que em sua organização ou configuração, são responsáveis pelo ajustamento ímpar do indivíduo ao seu ambiente total (Hildgard, Atkinson e Atkinson, 1979, apud Hamilton, 2002, pp. 125).

Vários estudiosos discorreram sobre a personalidade, descrevendo traços, padrões de comportamento e criando teorias. Eysenck, um desses estudiosos, explicou que os padrões de comportamento podem ser medidos através de fatores determinantes. O autor criou a medida de extroversão-introversão (E), neuroticismo (N) e psicotismo, (P) denominada *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ), afirmando que a personalidade da pessoa é determinada pelo grau em que ela manifesta esses três traços (Hamilton, 2002).

Os traços de personalidade E, P e N alteram-se à medida que as pessoas envelhecem e o gênero também é uma influência importante. O P diminui com a idade, mas o índice de declínio é muito maior no homem do que na mulher. Já a mudança em E é comum tanto nos homens quanto nas mulheres ficam: mais introvertidos quando envelhecem. Em N as mudanças são menos espetaculares: existe um declínio no neuroticismo em ambos os sexos, mas, em todas as idades, os escores femininos são mais altos (Eysenck, 1987, apud Hamilton, 2002). Esses achados predizem que as pessoas mais velhas serão menos propensas a violentas alterações de humor e, portanto, mais calmas, mais indiferentes em relação ao mundo (Hamilton, 2002).

Eysenck (1987, apud Hamilton 1987) afirma que as mudanças na personalidade ao longo da vida são resultados de mudanças fisiológicas que alteram o nível de excitação dentro do sistema nervoso. Neste sentido, há controvérsias e alguns psicólogos como por exemplo Kogan (1990, apud Hamilton, 2002) defendem que as alterações em E, P e N, acontecem não por mudanças psicológicas, mas por fatores sociais, a sociedade presta menos atenção nos velhos, aumentando os sentimentos de introsversão.

Kogan (1990, apud Hamilton, 2002) revisou vários estudos longitudinais sobre as mudanças nos traços de personalidade ao longo da vida. Seu achado geral foi que, em muitos casos, houve mudanças significativas na personalidade compatíveis com mudanças no estilo de vida e que havia menos mudanças na metade final da vida adulta.

Erikson (1963, 1982 apud Hamilton 2002) argumentou que a personalidade se desenvolvia durante todo o período da vida, e em cada idade havia conflitos diferentes a serem resolvidos. A personalidade na velhice para este autor é o produto do comportamento anterior, o estágio final de desenvolvimento como um processo de aprendizagem.

Peck (1968, apud Hamilton, 2002) ampliou a teoria de Erikson e afirmou que na velhice três conflitos precisam ser resolvidos. A diferenciação do ego *versus* a preocupação com o papel profissional, a transcendência do corpo *versus* a preocupação com o corpo, a transcendência do ego *versus* a preocupação com o ego. No primeiro conflito, por exemplo, o profissional que apresentava uma auto-estima elevada pelo trabalho ao se aposentar precisa encontrar algo que reforce a auto-estima; no segundo conflito, o autor esclarece que o envelhecimento traz um declínio na saúde e no estado físico geral: se a pessoa super-enfatiza o bem-estar corporal para sentir prazer com a vida, será quase inevitável seu desapontamento. No último conflito, a pessoa tem de chegar a um acordo com o fato que inevitavelmente morrerá.

Hamilton (2002) afirma, ainda, que são vários os estudos sobre a personalidade na velhice e conclui que a personalidade mais velha pode ser tanto um produto das circunstâncias sociais, quanto de quaisquer fatores internamente motivadores; esperar encontrar mudanças que confiavelmente resultem do envelhecimento talvez seja uma tarefa complicada demais. Existe uma semelhança entre os vários estudos citados e, basicamente, o que fica claro é que a personalidade está amplamente fixada durante a vida adulta, e que as pessoas podem ajustar sua personalidade, mas não alterá-la radicalmente.

Na cultura ocidental os termos “velho” e “idoso” são pejorativos. Ward (1984, apud Hamilton, 2002) afirma que as pessoas mais velhas são vítimas das próprias maquinações e essa estereotipificação parece afetar a confiança das pessoas mais velhas e, quanto mais a pessoa acredita nos estereótipos, mais baixa é sua auto-estima.

Hamilton (2002) afirma haver uma relação ainda não muito clara entre os estereótipos e os fatores introspectivos, mas conclui que por alguma razão, a maioria dos estudos descobre que a auto-estima diminui na velhice.

Ryff (1991, apud Hamilton, 2002) pediu que adultos jovens, de meia idade e mais velhos dessem uma nota ao seu self e bem-estar passados, presentes e futuros. Descobriu que os adultos jovens e os de meia-idade tendiam a se ver em um caminho de auto-melhorias, os sujeitos mais velhos, por outro lado, viam o melhor no seu passado com um declínio a sua frente.

Graham e Baker (1989) examinaram dois grupos de sujeitos canadenses: um grupo de adultos jovens e outro com idade média de 67 anos. Nesta pesquisa os sujeitos deveriam classificar pessoas imaginárias de diferentes idades por seu nível de status dentro da sociedade. Em ambos os grupos de sujeitos, as crianças ficam no nível mais baixo. O

status então logo subia na casa dos 20 e 30 anos e começava a diminuir, de modo que as pessoas de 80 anos foram percebidas como tendo o mesmo status das crianças de 5 anos.

Hamilton (2002) afirmou que as visões negativas do envelhecimento certamente estariam aumentadas quando os estudos comparam pessoas mais velhas com mais jovens.

As atitudes e os estereótipos da velhice são um produto de determinada sociedade. Segundo Boraks (1998, apud Costa, 1998) a velhice, em épocas e culturas diferentes, sempre foi encarada sob pontos de vista diversos: certos povos primitivos desprezavam os velhos por sua inutilidade e por serem um peso morto para a sociedade. Sua doença e sua fragilidade recebiam o desprezo das civilizações que valorizavam a força bruta e o vigor físico. Outras culturas, como a dos chineses, japoneses, árabes e judeus dedicam respeito e veneração aos idosos como meio de divulgação de sua história, sabedoria e experiência.

Em nossa sociedade existe uma gerontofobia, ou seja, um medo irracional de envelhecer baseado nos estereótipos culturais. Butler (1973 apud Costa, 1998) criou o termo *ageism* que pode ser traduzido como “ancianismo” ou “velhismo” para designar o preconceito e a discriminação dos adultos jovens em relação aos velhos.

A pele enrugada fica flácida, os poros dilatados, aumentam os sulcos faciais, a bochecha aparece decrépita, o nariz fica mais proeminente, os lábios murcham, o cabelo embranquece, o resultado de todas essas transformações é de um rosto que tem todas as características negativas que na imagem coletiva se relaciona com a velhice (Baluchi, 1998).

Salvarezza (2002) esclarece que cada vez mais a sociedade se mostra segregacionista em relação ao idoso. Um estudo realizado por Hummert, Garstka e Baker (1997 apud: Hamilton, 2002) descobriu que os sujeitos atribuíam significativamente menos atributos positivos a fotos de pessoas mais velhas. Além de adaptar-se às novas modificações, o idoso deve adaptar-se também às suas mudanças; a distância entre ele e o jovem aumenta; a visão de si mesmo não é a mesma para o meio externo. Sua auto-estima começa a declinar e o sentimento de inferioridade se exarceba.

Ward (1984, apud Hamilton, 2002) afirma que mudanças físicas e limitações podem provocar uma reavaliação do auto-conceito. Alguns estudos afirmam que a saúde e as mudanças concomitantes na mobilidade e dependência são os maiores preditores da satisfação na velhice (Bowling, Farquhar & Grundy, 1996 apud Hamilton, 2002). Tratamentos médicos e cosméticos, cada vez mais, buscam fórmulas antienvelhecimento e conseguem aliviar ou amenizar alguns desses, porém mudanças nos papéis sociais e nos relacionamentos são irrevogáveis e podem diminuir a auto-estima.

2.5 Relações sociais e interpessoais no envelhecimento

Estar em tempo ou fora do tempo é uma posição angustiante. Homens e mulheres se compararam com seus amigos e irmãos, companheiros de trabalho, com seus pais, para decidir se fizeram bem, mas sempre tendo em mente a linha do tempo. O chegar dos 40, 50, 60 anos não é por si tão importante, o mais importante é perguntar-se: Estou fazendo o que corresponde a minha idade? (Neugarten, 1979 apud Salvarezza, 2002).

Neugarten (1979 apud Salvarezza, 2002) ao discorrer sobre a interação sócio-psicológica da transição para a velhice, considerou que todos os indivíduos, não importa o grupo social a que pertençam, desenvolvem um ciclo vital normal, e que certos acontecimentos devem ocorrer em determinados momentos da vida.

O climatério, a viuvez, a aposentadoria são acontecimentos que marcam pontualmente a vida e exigem mudanças no auto-conceito e na própria identidade. Isso não significa que os acontecimentos esperáveis possam produzir crises em algumas pessoas, que as perdas oriundas da velhice provocam um sentimento de tristeza natural que influencie na satisfação com a vida (Salvarezza, 2002).

A aposentadoria, por exemplo, está intimamente ligada a um sentimento de frustração, apreensão e inutilidade. Swan, Dame e Carmelli (1991, apud Hamilton, 2002) relataram que os indivíduos que foram obrigados a se aposentar apresentavam baixos níveis de bem-estar. Já a viuvez atinge mais comumente as mulheres do que os homens por causa das diferentes expectativas de vida dos dois sexos. Alguns autores descobriram que a perda era menos estressante se o falecido tivesse ficado doente por algum tempo. Apesar das pessoas mais velhas estarem mais preparadas para aceitar a morte e o ajuste à perda ser relatado como satisfatório existam sinais remanescentes de tristeza até 30 meses pós o falecimento. Morgan, Neal e Carder (1997, apud Hamilton, 2002) relataram que o número de aspectos negativos dos relacionamentos pessoais dentro do círculo social aumenta nos anos posteriores ao falecimento. Há controvérsia quanto a adaptação de homens e mulheres a viuvez, Carey (1979, apud Hamilton, 2002) observou que os homens se ajustam melhor que as mulheres, talvez por uma situação financeira mais segura e maiores oportunidades de encontrar uma parceira. Já Cook e Oltjenbruns (1989, apud Hamilton, 2002) dizem que a viuvez é uma experiência principalmente feminina e que os homens são incapazes de se cuidarem sozinhos.

Fatores como a viuvez e aposentadoria não são os principais acontecimentos que influenciam a auto-estima e os relacionamentos sociais. Podemos incluir a partir do estudo

de Krause (1991, apud Hamilton, 2002) que as questões financeiras diminuem o sentimento de autovalor e aumentaram os sintomas depressivos. Em todos esses fatores conclui-se que quanto menos apoio social, mais sérios encontravam-se os sentimentos de baixa auto-estima.

Na verdade não se tem muito conhecimento a respeito da influência dos fatores psicológicos sobre a velhice, mas há uma tendência geral, inclusive da Organização Mundial da Saúde, de acreditar que os velhos mais dedicados a uma vida intelectual e artística conservam por tempo mais prolongado as suas faculdades intelectuais e mnésticas. Além disso, sabe-se que os aspectos sociais interferem sobremaneira no envelhecimento; o Brasil é um país preconceituoso e, sem memória, rejeita e se esquece dos seus idosos (Costa, 1998).

Ao pensar na questão de como as pessoas mais velhas escolhem interagir com os outros, a citação da Teoria do desligamento de Cumming e Henry (1961, apud Hamilton, 2002), torna-se importante. A teoria afirma que conforme as pessoas envelhecem, seu contato com o mundo diminui, explicitando a idéia de vários estudos, que afirmam que o envelhecimento é uma preparação para a morte. Hamilton (2002) explica que em um nível isso se dá pelo declínio dos sentidos, em outro, questões acima discutidas como a viuvez e aposentadoria fazem com que os velhos se desliguem do contato com os outros, é como se as pessoas estivessem se preparando para morrer.

A teoria mencionada acima foi criticada e evidências posteriores indicam que o desligamento se limitava, em grande parte, às pessoas que sempre foram reclusas, o que pode ser uma extensão “natural” de um tipo específico de personalidade e não um aspecto universal do envelhecimento. Maddox (1970, apud Hamilton, 2002) afirma que a melhor política para as pessoas mais velhas é manterem-se tão ativas quanto possível, e argumenta que as pessoas que se desligam da sociedade provavelmente vêm fazendo isso ao longo de suas vidas.

Conclui-se, a partir do que foi argumentado acima, que os achados sobre personalidade e auto-estima, oriundos do envelhecimento, são variados e remetem à idéia de que não existe um tipo de personalidade específico da velhice, que alguns tipos de personalidade permitem que algumas pessoas lidem melhor com a velhice e que fatores econômicos, sociais e familiares, e muitos outros interagem criando uma rede de acontecimentos na velhice, cujos efeitos estão longe de ser mapeados.

3. MÉTODO

3.1 Descrição do estudo

Estudo empírico descritivo exploratório

4. OBJETIVO GERAL

Verificar aspectos psicológicos, especificamente, auto-estima e interação social, em idosos usuários de prótese total, frequentadores de grupos de convivência.

4.1 Objetivos específicos

1. Verificar o grau de auto-estima
2. Verificar a influência do uso de próteses satisfatórias na auto-estima.
3. Verificar a influência do uso das próteses nos relacionamentos sociais
4. Verificar a influência do uso das próteses nos relacionamentos afetivos
5. Verificar a influência do uso das próteses nos relacionamentos sexuais

4.2 Participantes

Os participantes foram escolhidos dentro de um grupo de 130 idosos, sendo 120 do sexo feminino e 10 do sexo masculino², frequentadores de Grupos de Convivência filiados a FUMDEC (Fundação de desenvolvimento comunitário da cidade de Goiânia).

Para caracterização dos participantes foi utilizado um estudo realizado anteriormente, Pesquero (2001), onde foram encontrados os seguintes dados: 56.92%, dos participantes passaram a maior parte da vida na zona rural e 43.07% em zonas urbanas. 56.15% apresentam renda familiar equivalente a 1 ou 2 salários mínimos e 24.61% recebem menos de 1 salário mínimo ou não têm renda. Somente 19.23% têm renda igual ou superior a 2 salários mínimos. 55.40% de analfabetos, seguindo-se de 27.70% com o

² A maioria dos participantes ser do sexo feminino justifica-se pelas atividades realizadas nos centros de convivência, como bordados e culinária.

ensino fundamental, 8.46%, com o ensino médio incompleto, 3.07% com o ensino médio completo e somente 0.76% com nível de instrução superior. 71.77% com idade entre 60 e 71 anos, 27.7% com mais de 71 anos. 35.39% perderam os dentes pôr falta de informação, 20.76% por condições econômicas desfavoráveis, 19.23% por orientação do cirurgião-dentista, 17.70% por decisão própria e 6.92% dos pesquisados não souberam explicar os motivos.

Dentro desse grupo de 130 idosos foram selecionados 82 depois de um exame clínico para avaliação das próteses.

4.3 Instrumentos

Para o exame clínico foram utilizados abaixadores de língua e luvas descartáveis cedidos pela FUMDEC.

Para obtenção dos objetivos propostos, foram utilizadas as seguintes escalas:

Escala de auto-estima (SES 1965): consiste na tradução da escala criada por Rosemberg (1965) para avaliar os sentimentos globais de auto-avaliação e auto-aceitação. Essa escala é composta por dez itens no formato *Likert*. A escala original foi criada com quatro tipos de respostas para ser aplicada com adolescentes, porém foi altamente popularizada sendo também utilizada na avaliação de adultos. Neste trabalho foram utilizados três tipos de resposta (sim, às vezes e não) para facilitar a aplicação nos sujeitos idosos. Quanto menor a média obtida maior a auto-estima (Anexo A).

Aplicação de duas escalas criadas pela pesquisadora,³ sendo uma referente ao uso de prótese total e auto-estima e outra referente à percepção de influência nos relacionamentos sociais com relação ao uso de próteses totais. Ambas com três tipos de resposta (sim, às vezes e não) que indica qual a posição de indivíduo em relação a cada assertiva, também no formato *Likert*.

A primeira escala criada pela autora, (Prótese Total e Auto-estima) é composta por vinte itens no formato *Likert*, com três tipos de resposta (sim, às vezes e não). A escala avalia a percepção dos idosos na importância da qualidade da prótese para auto-estima (Anexo B).

³ As escalas foram criadas com a co-orientação do Prof. Cícero Pereira – Departamento de Psicologia da UCG.

A segunda escala criada pela autora, (prótese total e relacionamentos sociais) também é composta de vinte itens com três tipos de resposta (sim, às vezes e não). A escala avalia se o uso de próteses totais interfere nas relações sociais e prejudica a imagem social (Anexo C).

Ainda em relação aos instrumentos utilizados, a escala SES (1965) foi escolhida pela sua larga utilização e aceitação, além de enquadrar-se no objetivo proposto.

4.4 Procedimentos

Em um primeiro momento, os coordenadores dos grupos de convivência foram comunicados da pesquisa. Após leitura do consentimento esclarecido e autorização, os idosos receberam explicações acerca da pesquisa. Os interessados em participar foram chamados individualmente.

Logo, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa, após a aceitação, foi realizado exame clínico, com auxílio de luvas descartáveis e abaixadores de língua descartável com preenchimento de uma ficha clínica (Anexo D). A seleção dos participantes foi feita obedecendo aos seguintes critérios:

1. Menos de 10 anos de uso das próteses
2. Usuários de próteses superiores e inferiores
3. Estética e função dentro dos padrões de normalidade (vide Anexo D)
4. Pacientes funcionalmente independentes⁴

Devido a grande maioria desses idosos serem analfabetos ou semi-analfabetos, ou com dificuldades visuais o questionário foi realizado na forma de diálogo.

Para obtenção dos dados utilizou-se o programa SPSS®.

⁴ Pacientes funcionalmente independentes são os que realizam as AVD'S (ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA) sem ajuda.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi avaliado neste trabalho o grau de auto-estima dos participantes, os dados obtidos podem ser observados na Tabela 2, que demonstra a média obtida, com a aplicação da escala de auto-estima (SES). A média geral encontrada, 1,51, permite afirmar que os participantes têm boa auto-estima.

Tabela 2: Indicadores das médias obtidas com a escala (SES). Idosos frequentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens	N (Participantes)	Média
Sinto que sou tão importante quanto os outros	81	1,44
Sempre me sinto inclinado a sentir-me um fracassado	78	2,61
Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas	80	1,33
Sinto que não tenho muito pra me sentir feliz	81	1,93
Tenho atitudes positivas em relação a mim mesmo	80	1,33
Geralmente estou satisfeito comigo	80	1,38
Penso que poderia ter mais respeito comigo	82	1,25
Eu certamente me sinto útil	82	1,25
Às vezes penso que não sou tão bom quanto os outros	80	2,07
Validos N	80	1,51

Vários estudos afirmam haver uma diminuição da auto-estima provocada pelo envelhecimento (Hamilton, 2002). Os resultados obtidos não apontam essa diminuição, porém, durante a aplicação do questionário, alguns participantes se sentiram confusos com as questões, como por exemplo o fato de se sentirem importantes. Durante as entrevistas, também pôde ser observado que a questão do envelhecimento não influencia diretamente na auto-estima, o fato de serem frequentadores de um grupo de convivência, onde acontecem palestras educativas voltadas à terceira idade, parece oferecer aos participantes sentimentos de segurança quanto à velhice. Supõe-se que idosos que não participam de grupos dessa natureza, podem apresentar sentimentos de baixa auto-estima, para essa afirmação outros estudos se fazem necessários.

Foi possível também verificar se a idade influencia na auto-estima, a Tabela 3, demonstra dados interessantes, os idosos mais velhos apresentaram melhor auto-estima. Pode-se inferir que os mais velhos estão mais conscientes e adaptados à sua idade e às suas condições. Presume-se que os mais novos, 60 a 65 anos, estão estranhando as mudanças provocadas pelo envelhecimento.

Tabela 3: Grau de auto-estima em relação à idade – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Idade	Média
Menos de 65	1,64
65 a 70 anos	1,51
71 a 80 anos	1,44

Os participantes também foram questionados quanto à influência do uso de próteses satisfatórias para a auto-estima. Nesse sentido 81.6% dos entrevistados concordaram que a qualidade da prótese influencia a auto-estima (Tabela 4).

Tabela 4: Indicadores da influência do uso de próteses satisfatórias na auto-estima. Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens	N (Participantes)	%
Sim	62	81,6
Às vezes	6	7,9
Não	8	10,5
Total	76	100,0

Esses resultados apontam que os idosos têm percepção que a manutenção da estética corporal, nesse caso específico da estética facial, é importante para a manutenção da auto-estima. Ressalva-se aqui o estudo de Alvi e cols (1989) que afirmou que uma estética bucal agradável é o principal fator para uma pessoa se sentir bem social e psicologicamente.

Na obtenção dos dados relativos à influência do uso de próteses nos relacionamentos sociais, observou-se que 75,6% dos entrevistados não concordaram que usar uma dentadura insatisfatória facilita a vida social, como demonstram os dados da Tabela 5.

Tabela 5: Influência positiva do uso de próteses insatisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Item 13	N (Participantes)	%
Sim	9	11,5
Às vezes	10	12,8
Não	59	75,6
Total	78	100,0

Ainda em relação à influência do uso de próteses nos relacionamentos sociais 59,2% dos participantes concordaram que usar uma dentadura ruim dificulta a relação com os mais próximos, como demonstram os dados da Tabela 6.

Tabela 6: Influência negativa do uso de próteses insatisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Item 17	N (Participantes)	%
Sim	45	59,2
Às vezes	15	19,7
Não	16	21,1
Total	46	100,0

Dos participantes 72,2% não concordaram que com uma dentadura satisfatória as pessoas se sentem inferiores e 69,3% não concordaram que o uso de uma prótese satisfatória torna o prestígio diminuído, o que demonstram os indicadores da influência negativa do uso de próteses satisfatórias nos relacionamentos (Tabela 7).

Tabela 7: Indicadores da influência negativa do uso de próteses satisfatórias nos relacionamentos – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens 5 e 18	N (participantes)	%
Sim	10	13,0
Às vezes	12,5	16,2
Não	54,5	70,7
Total	77	100,0

Com os indicadores descritos na Tabela 8, observa-se que 80,8% dos entrevistados concordaram que o uso de uma prótese satisfatória influencia nos relacionamentos. Para obtenção desse dado, utilizaram-se os seguintes dados: para um sorriso espontâneo é necessário uma boa dentadura com 86,4% de respostas, e que o uso de dentaduras satisfatórias é sinônimo de melhor aparência com 75,3% das respostas.

Tabela 8: Indicadores da influência positiva do uso de próteses satisfatórias nos relacionamentos – Idosos frequentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens 2 e 14	N (participantes)	%
Sim	64	80,8
Às vezes	12	15,2
Não	3	3,8
Total	79	100,0

Os resultados obtidos apontam que o uso de próteses satisfatórias influencia e facilita os relacionamentos sociais, porém parece não ser fator determinante. Ainda sobre esses resultados, nota-se a percepção dos idosos de que a boa aparência é um elemento importante para as trocas sociais, pois os indivíduos aprenderam a avaliarem-se segundo o olhar do outro.

A influência do uso de próteses satisfatórias na vida afetiva foi descrita a partir dos seguintes itens: usar uma boa dentadura facilita encontrar um parceiro, meus filhos e amigos me aceitam como sou e as pessoas gostam do meu sorriso (Tabela 9).

Tabela 9: Indicadores da influência do uso de próteses satisfatórias na vida afetiva – Idosos frequentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens 10, 27 e 29	N (participantes)	%
Sim	57,6	72,8
Às vezes	17,3	20,9
Não	4,3	3,13
Total	79,3	100,0

Os resultados obtidos permitem afirmar que o uso de próteses satisfatórias é importante na vida afetiva.

Os participantes foram questionados também da influência negativa do uso de próteses para a vida afetiva, a partir dos seguintes itens: Meus filhos ou amigos sentem vergonha de mim, sinto-me rejeitado em ambiente familiar. Os indicadores abaixo descritos, Tabela 7, revelam que 78% não se sentem rejeitados por usar próteses e que os filhos ou amigos não se sentem envergonhados, o que demonstra que não há uma influência negativa do uso de próteses para a vida afetiva. Quando observadas as duas Tabelas 9 e 10, o que se pode inferir é que a qualidade da prótese pode de alguma maneira influenciar na vida afetiva, mas o fato de ser usuário de próteses não.

Tabela 10: Indicadores da influência negativa do uso de próteses na vida afetiva – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Itens 35 e 26	N (participantes)	%
Sim	3,5	8,55
Às vezes	14	17,6
Não	62	78
Total	79,5	100,0

Durante a aplicação do questionário, em que as questões falavam de relacionamentos familiares e sociais, os entrevistados reclamavam da ausência dos filhos, viuvez, condições econômicas, o que leva a crer que essas questões influenciam também nos relacionamentos sociais. No entanto, os participantes consideraram importante para as trocas sociais o uso e a qualidade das próteses totais.

Em relação à influência do uso de próteses na vida sexual, 54.4% afirmou não ter relações sexuais, só 25.3% afirmou manter atividades sexuais (Tabela 11).

Tabela 11: Indicadores de atividade sexual – Idosos freqüentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Respostas	N (participantes)	%
Sim	20	25,3
Às vezes	16	20,3
Não	43	54,4
Total	79	100,0

Sobre a vida sexual, o estudo de Wolf (1998) afirmou que 90% dos participantes relatou uma influência da perda dos dentes na vida sexual, e exemplifica com alguns depoimentos interessantes:

“Ninguém quer beijar um desdentado. Não existe atração nenhuma, porque o dente enfeita a fisionomia da pessoa.” (1998)

“Quando me casei, meu marido já tinha dentadura e eu tinha maior nojo de beijar, parecia que aquilo ia sair na minha boca.” (1998)

Os resultados obtidos, apontam uma diminuição na vida sexual. Esses resultados não permitem afirmar que o uso de próteses seja o responsável, fatores como viuvez, problemas de saúde e questões religiosas parecem corroborar para a vida sexual, em se tratando de um grupo de idosos. Porém conforme os indicadores da influência do uso de uma prótese insatisfatória na vida sexual, 78.5% concordaram que uma dentadura ruim atrapalha a vida sexual. O que permite afirmar que os idosos têm percepção da importância da estética bucal para sexualidade, mas que outras questões parecem influenciar na manutenção das atividades sexuais.

Tabela 12: Indicadores da influência do uso de próteses insatisfatórias na vida sexual – Idosos frequentadores de grupos de convivência – Goiânia - 2004.

Respostas	N (participantes)	%
Sim	62	78,5
Às vezes	15	11,4
Não	4	10,1
Total	81	100,0

O instrumento utilizado foi adequado para atingir os objetivos propostos nesse trabalho e os dados obtidos atingem diretamente e especificamente essa amostra. Para que se atinja outras amostras, torna-se necessário o procedimento de validação das escalas.

A partir da verificação dos dados acima descritos, permite-se confrontá-los com alguns estudos relacionados ao tema. O estudo de Wolf (1998) afirma que a boa aparência é elemento facilitador para as trocas sociais, e que o sorriso tem conotações bastante significativas, entre elas a satisfação em relação ao outro, e boa acolhida. É uma mensagem de oferta e receptividade. Assim, ressalva-se mais uma vez a opinião de Brunetti Montenegro e Manetta (2001) que o uso de prótese transcende à reposição dos dentes, já

que cumpre também o papel de integradora familiar e social, além de resgatar o direito à cidadania do idoso, ou seja, o idoso como ser integrado na sociedade e desfrutando de seus direitos.

Porém, estudos mais detalhados podem oferecer mais subsídios dos aspectos psicológicos envolvidos em tratamentos reabilitadores bucais. Este trabalho torna-se importante para ressaltar a importância dos projetos preventivos e reabilitadores voltados à terceira idade. E reforça a importância da saúde bucal para o bem-estar geral e psicológico.

CONCLUSÕES

No estudo apresentado, foi possível concluir que: Os participantes apresentaram bons níveis de auto-estima, (média 1,5) com níveis proporcionais ao aumento de idade (média 1,44 para 71 a 80 anos).

Ainda em se tratando da auto-estima, verificou-se que o uso de próteses satisfatórias é importante para a auto-estima (81,6%).

Com relação aos fatores de integração social, verificou-se que os participantes afirmaram que o uso de uma prótese satisfatória é importante para os relacionamentos sociais (80.8%), porém não se pode concluir que seja fator fundamental.

Quando verificada a influência do uso de próteses na vida afetiva, concluiu-se que não há uma influência negativa do uso de próteses na vida afetiva (78%), mas que a qualidade da prótese pode ser importante nos relacionamentos afetivos (79.3%).

Quanto à interferência do uso de próteses na vida sexual, concluiu-se que a maioria dos participantes, 54.4%, não mantém atividade sexual e 78.5%, com atividade sexual, concordou que a qualidade das próteses influencia na vida sexual.

REFERÊNCIAS

ALVI, H. A.; AGRAWAL, N. K.; CHANDRA, S.; RASTOGI, M. R. A study of the adjustment of patients in relation to their prosthodontic problems. **J. Prosthet. Dent.**, v. 61, n. 2, p. 242-6, Feb. 1989.

BALUCCHI, L. El valor de la imagen. **Odontoestomatología práctica y clínica** 1998.

BERG, E.; BERGEN, N. Acceptance of full dentures. **Int. Dent. J.**, v. 43, n. 3, p. 299-306, Jun. 1993.

BLASCOVICH, J, TOMAKA, J. Measures of Self STEEM. In: ROBINSON, J. P.; SHAVER, P. R. **Measures of social psychological attitudes**. Ann arbor: Use 26514, 1973. 750 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Condições de saúde bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Projeto SB 2003, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741/2003. **Estatuto do idoso**.

BREVE histórico das prótese odontológicas. 2004. Disponível em: <<http://www.abpd.hpg.ig.com.Br/curiosidades.htm>>. Acesso em: 10 set. 2004.

BRUNETTI, R. F; MONTENEGRO, F. L; MANETTA, C. E. Odontologia geriátrica no Brasil, atual. **Geriatr.**, v. 3, n. 15, p. 26-29 jan./fev. 1998.

BRUNETTI, R. F; MONTENEGRO, F. L; MANETTA, C. E. **Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico** 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.>>. Acesso em: 10 set. 2004.

CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

CLONINGER, S. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

COSTA, M. S. C. **Gerontodrama**: a velhice em cena estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo: Ágora, 1998.

ETTINGER, R. L. The unique oral health needs of an aging population. **Dent. Clin. North Am.**, v. 41, n. 4, p. 633-49, Oct. 1997.

FERREIRA, D. A. J.; NÓBILO, A. M. A. Considerações sobre o tratamento protético em pacientes idosos. In: CAMPOSTRINI, E. **Odontogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 212-223.

FREUD, S. **Obras completas (II)**. Madri. 1973.

FRIEDMAN, N.; LANDEMAN, H.; WEXLER, M. The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part I. **J. Prosthet. Dent.**, v. 58, n. 6, p. 687-9, Dec. 1987.

FRIEDMAN, N.; LANDEMAN, H.; WEXLER, M. The influences of fear, anxiety, and depression on the patient's adaptive responses to complete dentures. Part III. **J. Prosthet. Dent.**, v. 59, n. 2, p. 169-73, Feb. 1988.

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

GORDON, S. R.; FRYER, E. G.; NIESSEN, L. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. **J. Prosthetic. Dent.**, v. 59, n. 3, p. 323-326, Mar. 1988.

GRAHAM, I. D.; BACKER, P. M. Status, age and gender; perceptions of old and young people. **Can. J. Aging**, v. 8, p. 255-267, 1989.

HAMILTON, S. I. **A Psicologia do envelhecimento**: uma introdução. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2002.

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema de envelhecimento: visão histórica. In: NETTO, P. M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

LOPES, V. J. **Reabilitação bucal em prótese sobre implante**. São Paulo: Quintessence, 2000.

MARCHINI, L.; BRUNETTI, F. L.; CUNHA, V. P. P.; SANTOS, J. F. F. S. Prótese dentária na terceira idade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 55, n. 2, p. 83-7, mar./abr. 2001.

MERLEAU-PONTY, M. **A Natureza**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil Sorridente. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>. Acesso em: 05 out. 2003.

NETTO, P. M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

OURIQUE, S. A. M.; MONTENEGRO, F. L. B. Considerações sobre interferências subjetivas em odontologia geriátrica: apresentação de um caso. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 20, n. 4, p. 41-44, set./out. 1998.

PESQUERO, A. C. **Edentulismo e alguns de seus determinantes**. 2001. Monografia (Especialização em Saúde Pública). – Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo.

PINTO, G. V. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

ROSEMBERG, M. **Society and the adolescent self image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

ROVALETTI, L. M. **Corporalidad, la problematica del cuerpo en el pensamiento actual**. Buenos Aires: Editorial, 1998.

SALVAREZZA, L. **Psicogeriatría teoría y clínica**. 2. ed. Buenos Aires: Piados, 2002.

SEBASTIANI, W. R. Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva Latino-Americana. In: CAMON, V. A. A. (Org). **Psicologia da saúde**. São Paulo: Pioneira, 2000.

SERGER, L. et al. **Psicologia e odontologia uma abordagem integradora**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002.

SETTIM, R. **Edentulismo**. Grupo de estudos em Gerontologia. São Paulo: APCD/EAP, 2000.

SILVA, C. R. S.; FERNANDES, C. A. R. Auto-percepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

TALAFERRO, A. **Curso básico de psicoanálisis paidós**. 3. ed. Buenos Aires, 1970.

TAU, S.; LOWENTAL, U. Some personality determinants of denture preference. **J. Prosthet Dent**, v. 44, n. 1, p. 10-2, Jan. 1980.

TURANO, J. C.; TURANO, M. L. **Fundamentos da prótese total**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2002.

TURNER, T. **Social identity theories**. 2004. Disponível em: <http://www.psybox.com/web_dictionary/socialidentity1979>. Acesso em: 10 set. 2004.

WEINSTEIN, M.; SHUSCMAN, J.; LIEBERMAN, J.; ROSEN, P. Age and denture experience as determinants in patient denture satisfaction. **J. Prosthetic Dent.**, v. 59, n. 3, p. 327-9, Mar. 1988.

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

ZIMERMAN, E. D. **Fundamentos psicanalíticos**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ANEXOS

Anexo 1**PESQUISA SOBRE EFEITOS PSICOLÓGICOS PROVOCADOS PELO USO DE PRÓTESES TOTAIS**

Prezado(a) participante:

Este estudo pretende avaliar a auto-estima de pacientes idosos usuários de próteses totais removíveis (dentaduras). Não existem respostas certas ou erradas, preocupamos com sua opinião. Assinale ao lado de cada afirmação o que esteja mais próximo de sua opinião. Agradecemos antecipadamente sua colaboração. Não é necessário colocar nome.

Idade:

65 a 70 () 71 a 75 () 76 a 80 () 80 ou mais ()

Gênero:

Masculino (1) Feminino (2)

Tempo que perdeu os dentes _____

Usa prótese total: Sim (1) Não (2)
 Superior () Inferior () O Par ()

Há quanto tempo? _____

Anexo 2**ESCALA DE AUTO-ESTIMA (1965)**

ASSINALE A ALTERNATIVA QUE MAIS SE ADEQUAR A VOCÊ:

Sinto que sou uma pessoa tão importante quanto os outros

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Sempre, me sinto inclinado a sentir que sou um fracassado

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Sou capaz de fazer coisas tão bem quanto à maioria das pessoas

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Sinto que não tenho muito para me sentir feliz

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Tenho atitudes positivas em relação a mim mesmo

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Geralmente estou satisfeito comigo

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Penso que poderia ter mais respeito comigo mesmo

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Eu certamente me sinto útil

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Às vezes penso que não sou tão bom quanto os outros

Sim (1) Às vezes (2) Não (3)

Anexo 3

ESCALA DE AUTO-ESTIMA E PRÓTESE TOTAL

	Sim	Às vezes	Não
01. Ter uma boa dentadura é importante para o bem-estar	(1)	(2)	(3)
02. Para que se tenha um sorriso espontâneo é necessário uma boa dentadura	(1)	(2)	(3)
03. Ter uma dentadura ruim atrapalha a vida sexual	(1)	(2)	(3)
04. Com uma boa dentadura as pessoas se sentem mais atraentes	(1)	(2)	(3)
05. com uma boa dentadura as pessoas se sentem inferiores	(3)	(2)	(1)
06. As pessoas se sentem iguais as outras pessoas quando usam um dentadura ruim	(3)	(2)	(1)
07. Uma dentadura ruim aumenta a vaidade	(3)	(2)	(1)
08. Uma dentadura ruim facilita conseguir trabalho	(3)	(2)	(1)
09. Usar uma dentadura ruim desperta pena nas pessoas	(1)	(2)	(3)
10. Usar uma boa dentadura facilita encontrar um parceiro(a)	(1)	(2)	(3)
11. Boas dentaduras são sinônimo de saúde	(1)	(2)	(3)
12. Usar uma dentadura ruim torna a pessoa mais alegre	(1)	(2)	(3)
13. Uma dentadura ruim facilita a vida social	(3)	(2)	(1)
14. Boas dentaduras são sinônimo de melhor aparência	(1)	(2)	(3)
15. A pessoa com uma boa dentadura sente vergonha de sorrir	(3)	(2)	(1)
16. Dentaduras ruins são sinônimo de doença	(1)	(2)	(3)
17. Usar uma dentadura ruim dificulta a relação com os mais próximos	(1)	(2)	(3)
18. O prestígio de uma pessoa fica diminuído por usar uma boa dentadura	(1)	(2)	(3)
19. A pessoa que tem uma dentadura ruim aumenta seus contatos afetivos	(3)	(2)	(1)
20. Uma pessoa que tem uma boa dentadura tem maior auto-estima	(1)	(2)	(3)

Anexo 4

ESCALA DE AUTO-ESTIMA E RELACIONAMENTOS SOCIAIS

21. Os meus amigos me acham bonita	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
22. Tenho muitas companhias	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
23. Geralmente vou a muitas festas	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
24. Tenho um companheiro	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
25. Tenho dificuldades de fazer novos amigos	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
26. Sinto-me rejeitado em ambiente familiar	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (a)
27. Meus filhos ou amigos me aceitam como sou	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
28. Sinto-me feia	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
29. As pessoas gostam do meu sorriso	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
30. Sou comunicativa	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
31. Tenho uma vida social ativa	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
32. Tenho vida sexual	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
33. Sinto-me bem perto de outras pessoas	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
34. Sinto-me sozinho	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
35. Meus filhos ou amigos sentem vergonha de mim	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
36. Tenho receio de fazer novos amigos	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
37. As pessoas gostam só do meu dinheiro	Sim (3)	Às vezes (2)	Não (1)
38. Tenho uma rotina de atividades sociais	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
39. Tenho um grupo de amigos	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)
40. Costumo me arrumar para sair	Sim (1)	Às vezes (2)	Não (3)

Anexo 5**FICHA CLÍNICA**

Tempo de uso das Próteses: 10 Anos () +10 Anos ()

Estética

Formato, Tamanho e cor dos Dentes

Satisfatório () Não Satisfatório ()

Função

Estabilidade, Dimensão vertical de oclusão

Satisfatório () Não Satisfatório ()

Considerou-se como satisfatório, as próteses com adequada dimensão vertical de oclusão, a distância entre a base do nariz e a base do mento igual à distância entre as comissuras das pálpebras e dos lábios. Essa relação é importante não só para o equilíbrio articular, como também para deglutição, fonação e estética (Turano & Turano, 2002).

As próteses deveriam apresentar-se estáveis, ou seja não deslocarem durante os movimentos mandibulares.

Considerou-se como satisfatório, as próteses com formato, tamanho e cor dos dentes, compatíveis com o sexo e a idade dos pacientes (Turano & Turano, 2002).