

Artigo

**Envelhe(Ser):
O impacto da saúde bucal e da cultura alimentar na velhice**



Ana Carolina Lusio Lopes

É fundamental compreender o envelhecimento como processo ao longo da vida - *lifespan* - determinado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, que devem ser compreendidas e exploradas de forma satisfatória para que se mantenham em desenvolvimento contínuo durante todo o processo (BALTES e BALTES, 1990).

Em outros termos, este é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência), ou seja, está associado ao acúmulo de grande variedade de danos moleculares e celulares, que com o tempo, que leva à perda gradual das reservas fisiológicas, aumento do risco de contrair doenças e conseqüente declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo.

Essas mudanças naturais advindas do processo, em condições normais, não costumam provocar muitos problemas, mas em condições de sobrecarga, aumenta o risco de uma condição patológica que possa necessitar de assistência. Por isso, não devemos interpretar o envelhecimento natural e a

velhice como sinônimo de doença, mas sim estar atentos às condições que os indivíduos são expostos durante o processo (Ministério da Saúde, 2006).

Assim, o desafio é conseguir contribuir para a potencialização e adaptação do indivíduo frente essas limitações que podem ocorrer, no intuito de garantir a vivência do ciclo de vida, principalmente ao final, de forma autônoma e com qualidade de vida digna.

Um modelo capaz de abranger essa compreensão – pois se discute sobre os processos que as pessoas utilizam para alcançar seus objetivos pessoais - é o modelo de Baltes e Baltes (1990), através da teoria de seleção, otimização e compensação (Teoria SOC).

Nesta perspectiva, os ganhos e as perdas evolutivas são decorrentes da interação entre os recursos da pessoa e os recursos do ambiente, de modo interdependente. Cada indivíduo irá delinear suas estratégias como forma de adaptação na escolha de metas e ações para concretizá-las e, assim, alcançar seus objetivos. Por isso a capacidade de resiliência de cada um deve ser respeitada em todos os seus aspectos (ALMEIDA, *et. al.*, 2013).

Na atualidade, todas essas questões são extremamente relevantes e valiosas, pois há uma sensibilização mais aguda sobre envelhecimento populacional e suas consequências, ante ao aumento significativo do segmento. Esta realidade acarreta uma série de implicações, que afetam as diferentes áreas da organização econômica, política e social, por receber uma pressão crescente das demandas (SAAD, 2016).

Como indica Debert (2016), a forma como essa questão vem sendo enfrentada pelos países, depende da maneira com que cada sociedade lida com o envelhecimento em processo.

A promoção da qualidade de vida é determinada pela manutenção da saúde em seu maior nível possível, em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (TESSARI, 2009). O envelhecimento e a velhice vêm se tornando, nesta perspectiva, foco principal da atenção da saúde, devido ao impacto das múltiplas demandas no sistema organizacional.

Os idosos brasileiros estão sujeitos a uma tripla carga de doenças de forma multifatorial - o aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis; doenças infecciosas e violência de forma geral, provocando, muitas vezes, a perda da autonomia; maior consumo de medicamentos; maiores índices de internações hospitalares entre os idosos (RECH, 2006).

A necessidade de maior e melhor atendimento de saúde da população que envelhece, e vive até idades mais avançadas, indica que a organização do sistema deve priorizar e assegurar uma eficiente atenção integral à saúde em longo prazo, enfatizando o envelhecimento saudável. Ela deve ser baseada no paradigma da capacidade funcional, e abordada de forma multidimensional, a fim de garantir a capacidade de manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (RECH, 2006; VERAS, 2009).

Para tanto, é crucial trabalhar com todas as reservas de modo conjunto: cognitiva, social, funcional, psíquica e vincular. Vale ainda ressaltar que o envelhecimento saudável, respaldado em uma boa qualidade de vida, é um estado individual, ou seja, depende de uma auto avaliação, interpretação, auto percepção e autodeterminação de cada um, já que saúde/doença não é um estado estático. Todos devem respeitar a resiliência e autonomia de cada indivíduo, para que este possa gerenciar sua própria vontade, livre de influências alheias, apenas baseada na liberdade de escolha e tomada de decisão.

Portanto, ante os aspectos já analisados, é de extrema importância esclarecer que essa qualidade de vida deve ser construída ao longo do envelhecimento, e não somente na velhice, já que ela depende do curso de vida, estratégias e ponto de vista de cada um (CESCHIN, ALQUATI e XIMENES, 2012).

Dessa forma, podemos considerar as mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes da idade, de maneira subjetiva e heterogênea, influenciadas direta e indiretamente por fatores internos e externos, como herança genética e fatores ambientais (WENZEL, 2006).

As alterações biológicas naturais do envelhecimento caracterizam-se por alterações nos diversos sistemas do corpo - como no sistema musculoesquelético, cardiovascular, respiratório, nervoso, reprodutor, imunológico, digestório, sensorial, e outros que os integram – mas que os indivíduos podem ou não perceber ou apresentar.

Na perspectiva dos fatores ambientais, sabemos que alguns fatores podem influenciar diretamente a saúde do idoso - como pobreza, má alimentação, sedentarismo, estresse, tabagismo, poluição atmosférica e maus hábitos em geral – sendo que, entre estes, a nutrição desempenha um papel proeminente, pois o estado nutricional é um dos fatores mais importantes na manutenção da saúde. Quando afetado pelas diversas alterações do organismo, e influenciado por maus hábitos, pode influenciar diferentes processos degenerativos relacionados à idade, e ser um risco significativo de morbidade e mortalidade (WENZEL, 2006; MACHADO, COELHO e COELHO, 2010).

Devido ao maior acesso à informação, podemos considerar que cada vez mais os indivíduos têm maior consciência de que o estilo de vida saudável influencia na qualidade do envelhecimento e, como resultado, tem aumentado ações e práticas mais saudáveis, como o exercício físico e a melhor qualidade da dieta (TRAMONTINO, 2017).

Um fator, entre outros, que representa a melhora desse quadro é a promoção e ingestão de nutrientes, aspecto que está vinculado também com a questão da fragilidade na velhice, caso não seja adequado. É interessante ressaltar, neste ponto, que fragilidade independe de doença e não é sinônimo de dependência. A ingestão adequada depende de múltiplos fatores, principalmente biológicos e sociais, ligados à saúde bucal, a qual é considerada precária na população

idosa brasileira, revelando a falta de cuidado ao longo de toda a vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Essa precariedade se relaciona com questões culturais, socioeconômicas e a dependência do sistema de saúde público, com falta de recursos e informações precárias voltadas a esse segmento. A saúde bucal e as funções de mastigação e deglutição inter-relacionam-se - a deglutição necessita de uma harmonia com a mastigação eficiente, e esta depende da saúde bucal, relacionada à saúde dos dentes. Ressaltamos a importância da manutenção de dentes naturais e saudáveis, e no caso de próteses que estas sejam bem adaptadas, evitando o risco da mudança de hábitos alimentares e/ou problemas digestivos que interfiram no estado nutricional do idoso e, conseqüentemente, na qualidade de vida deste (CARDOSO e BUJES, 2010).

Dentre as alterações naturais advindas do envelhecimento, fazem parte as modificações das funções do Sistema Estomatognático, no qual ocorrem transformações bioquímicas, que trazem prejuízos ao processo digestório, afetando ainda mais os aspectos ligados à saúde bucal e às funções de mastigação e deglutição, já que a cavidade oral também envelhece.

Algumas das alterações deste sistema são caracterizadas pela perda do tônus muscular, perda da elasticidade, diminuição da ação da língua e movimentos orais, modificação na produção de saliva, diminuição do paladar e da sensibilidade orofacial, juntamente com a lentidão psicomotora, diminuição da capacidade funcional, perda natural da memória recente, diminuição da força na mastigação e perda dentária (destruição do esqueleto facial) e/ou utilização de prótese mal adaptada.

Todas essas transformações afetam, de forma geral, o sistema estomatognático – por exemplo, ao dificultar a propulsão e a boa coesão do bolo alimentar -, e os órgãos fonoarticulatórios, influenciando diretamente a mastigação, deglutição e fala. Essas modificações estruturais, juntamente com as mudanças sociais e psicológicas, principalmente em relação à falta de interação social, podem ocasionar consequências, como perda da vontade de comer e do prazer no ato de alimentar-se, causando danos ao seu estado nutricional e aumentando os riscos de vulnerabilidade e/ou fragilidade.

Com isso, percebemos a importância da prevenção e tratamento dessas ocorrências que tem efeito direto na participação social do idoso, já que influencia na autopercepção de qualidade de vida, tanto benéficos para o combate ao isolamento e como na melhora na saúde.

O apoio social facilita o enfrentamento e adaptação frente às crises e mudanças, às quais o indivíduo está sujeito ao longo desse processo, auxiliando a manutenção da sua autoestima (COBB, 1976; STROEBE e STROEBE, 1995). Importante aqui lembrar, a participação ativa dos idosos nas comunidades deve ser livre e espontânea, evitando-se julgamentos que possam agravar o quadro natural de vulnerabilidade, e sempre visando seu bem-estar.

Para reverter ou diminuir os riscos ligados ao estado nutricional dos indivíduos que envelhecem a estratégia de adaptação para facilitar a ingestão dos alimentos nesses casos é, justamente, a atenção à assistência e rede social, além de mudanças na dieta, dando a preferência por alimentos menos consistentes e mais pastosos. No entanto, a mudança pode provocar a atrofia da musculatura mastigatória e repercussão na estética facial (já que não é estimulada corretamente) que, juntamente com a perda dentária ou má adaptação da prótese, interferem no prazer de comer e na autoestima, que pode ser agravada com o declínio do nível de higiene oral e aumento da incidência de doenças bucais.

Dessa maneira, é extremamente importante que os profissionais em conjunto (fonoaudiólogo e dentista) promovam uma boa saúde bucal, em relação à adaptação da prótese, a qual aumenta a adaptação para a fala e alimentação, resultando num melhor bem-estar físico, psíquico e clínico (CARDOSO e BUJES, 2010). Essas adaptações, juntamente com o respectivo apoio social, também auxiliam no estímulo ao idoso para realizar as tarefas que ainda consegue executar, no intuito de preservar essas ações (potencialização) e diminuir o risco do aumento da dependência.

Em relação às mudanças e adaptações no processo de envelhecimento, citadas até este ponto, podemos perceber que existe uma correlação entre o significado do ato de comer e uma multiplicidade de sentidos sobre esse ato para cada indivíduo. Os hábitos alimentares possuem elementos simbólicos que fazem parte da tradição e costumes de cada um, sendo a comida um marco de identidade cultural e social (ALMEIDA, GUIMARÃES e FREITAS, 2009).



A comida pode ser considerada a materialidade da cultura, da religiosidade e identidade, que representa o modo do indivíduo sentir-se alimentado (DA MATTA, 1986). No caso, podemos perceber que alguns idosos tendem a relacionarem e vincularem o ato de comer com o gosto, ânimo, afetividade e prazer de recordar o passado, que remete à comida saudável e à liberdade da juventude, em relação ao poder da escolha do alimento sem necessitar de adaptações na dieta devido às complicações ligadas à velhice. Os programas preventivos e educativos voltados para a saúde bucal, que auxiliem os idosos, familiares e profissionais podem colaborar na melhora da qualidade de vida dos indivíduos ao longo do processo de envelhecimento.

Como exemplo do significado do vínculo que o indivíduo cria com o alimento, podemos citar o caso no qual o idoso possui uma doença que implica restrição alimentar e, mesmo assim, ele não a respeita. Prefere arriscar-se, optando por continuar comendo os alimentos que fazem parte de sua vida e o fazem feliz e completo, por remeter às lembranças e sentimentos de satisfação. Essa liberdade na tomada de decisão é bastante relevante para manter a autonomia do idoso, pois a escolha foi aprimorar-se e superar-se como sujeito, e não apenas manter-se vivo.

O autocuidado segue princípios culturais, influenciado por crenças sociais, espirituais e valorativas na forma de lidar com a saúde/doença e no ato de cuidar. Esses princípios são peculiares de cada família, principal fonte de suporte social e de cuidado do idoso, transmitido de geração em geração por meio de símbolos, de linguagem, de práticas e de rituais (RODRIGUES, 2013).

A intergeracionalidade também tem sido bastante discutida como uma importante ferramenta na promoção do convívio social que proporciona melhora na qualidade de vida do idoso. A falta de convívio entre gerações resulta no desconhecimento e, conseqüentemente, distanciamento, reforçando estereótipos que impedem a aproximação entre as pessoas. Não surpreende, portanto, os inúmeros conflitos geracionais e preconceito etário presentes no cotidiano da sociedade atual, que se reflete no forte contraste do imaginário social, que confere aos jovens qualidades, como força e atividade, e reserva aos velhos as perdas e as carências, como a fragilidade e a passividade.

Frente a essa realidade é necessária a elaboração de propostas e desenvolvimento de ações que promovam as relações sociais, combatendo o isolamento, juntamente com a aproximação intergeracional, convivência que acarreta importante troca de experiências no nível intelectual, cultural e moral, impactando diretamente e indiretamente na saúde do idoso.

É importante que a sociedade em geral, principalmente os profissionais de saúde que lidam mais diretamente com os idosos, estejam integrados, atentos, preocupados e informados em relação a todas as mudanças advindas do processo de envelhecimento, para que estas barreiras sejam prevenidas, dentro do possível, e adaptadas da melhor maneira possível,

evitando-se generalizações e descasos quanto à história de vida e bem-estar individual.

Neste contexto do envelhecimento e crescente longevidade, aliada a necessidade de maiores cuidados, verifica-se o aumento na procura por Instituições de Longa permanência para idosos (ILPI), no qual deve-se considerar o impacto que a institucionalização causa no idoso, principalmente em nível psicológico (estresse) e social (solidão), fragilizando-o ainda mais pois, na maior parte das vezes, ele não é consultado (CARDOSO, OLCHIK e TEIXEIRA, 2016).



Em relação à alimentação, os profissionais devem receber as informações necessárias para que entendam sua importância biopsicossocial, juntamente com a conscientização da relevância da saúde bucal, já que existe uma falsa ideia de normalidade para a perda dentária com a idade (preconceito). Como exemplo, o caso de idosos que perdem peso devido à perda dentária ou má adaptação da prótese ou, pacientes, que quando internados, ou institucionalizados, recusam-se a comer, com decorrente aumento das fragilidades.

Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde, incluindo o gerontólogo como integrante da equipe interdisciplinar, evitar danos ao estado nutricional do idoso, buscando ajustar a dieta específica para cada tipo de indivíduo, e orientando o idoso, de modo claro e objetivo, sobre a importância de cada procedimento realizado, para que ele se sinta melhor acolhido. Os profissionais devem estar atentos às questões relacionadas à interdependência entre qualidade de vida e suporte social, e na necessidade de realizar intervenções sob a ótica interdisciplinar e multidimensional.

Referências

ALMEIDA, M.D., GUIMARÃES, T.D., FREITAS, M.C.S. de & Sampaio, L.R. Cultura alimentar em idosos de Mutuípe, Bahia. In: Freitas, M.C.S. de, Fontes, G.A.V., Oliveira, N.de. (Orgs.). *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*, 405-418. Salvador (Bahia): Edufba, 2009.

ALMEIDA, S. T.; STOBÄUS, C.D.; LIMA RESENDE, T. Adaptação transcultural do Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) para aplicação a idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 221-237, 2013.

BALTES, P.B. *et. al.* Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, v. 1, n. 1, p. 1-34, 1990.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Cadernos de Atenção Básica, 19. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 68.

CARDOSO, M.C.A.F.; BUJES, R.V. A saúde bucal e as funções da mastigação e deglutição nos idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 15, n. 1, 2010.

CARDOSO, S.V.; OLCHIK, M.R.; TEIXEIRA, A.R. Alimentação de idosos institucionalizados: correlação entre queixas e características sociodemográficas. *Distúrbios da Comunicação*, v. 28, n. 2, 2016.

CESCHIN, F.; ALQUATI, C.; XIMENES, M.A. Qualidade de vida na velhice. *Revista Portal de Divulgação*, n. 20, 2012.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

DA MATTA, R. *O que faz do brasil, Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco, 1986.

DEBERT, G.G. Envelhecimento e representações sobre a velhice. *Anais. VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, p. 537-556, 2016.

MACHADO, R.S.P.; COELHO, M.A.S.C.; COELHO, K.S.C. Percentual de gordura corporal em idosos: comparação entre os métodos de estimativa pela área adiposa do braço, pela dobra cutânea tricipital e por bioimpedância

tetrapolar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 13, n. 1, p. 17-27, 2010.

RECH, C. R. *et al.* Validação de equações antropométricas e de impedância bioelétrica para a estimativa da composição corporal em idosos. 2006.
<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88760>

RODRIGUES, J.P.V. *Os avós na família e sociedade contemporânea: uma abordagem intergeracional e intercultural*. 2013.
<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/3426>

SAAD, P.M. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. *Anais. VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais* p. 353-369, 2016.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. Determinantes do comportamento de saúde: uma análise a nível de psicologia social. *Psicologia social e saúde*, p. 31-71, 1995.

TESSARI, O.I. *Qualidade de Vida na Terceira Idade*, 2009. Disponível em:
<<http://www.riototal.com.br/feliz-idade/psicologia04.htm>> Acesso em 6 de junho de 2019.

TRAMONTINO, V.S. *et al.* Nutrição para idosos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 258-267, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 548-554, 2009.

WENZEL, U. Nutrition, sirtuins and aging. *Genes & nutrition*, v. 1, n. 2, p. 85-93, 2006.

Data de recebimento: 15/06/2019; Data de aceite: 15/06/2019

Ana Carolina Lusio Lopes – Graduada em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP), 2019. Foi monitora do projeto de pesquisa de Inclusão Digital de Idosos no Setor de Estudos do Envelhecimento na UNIFESP; voluntária do projeto de Dança Sênior no Hospital Universitário da USP e no projeto de Turismo e Envelhecimento da Universidade Aberta à Terceira Idade da EACH USP. Texto escrito para o curso *Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social e Atendimento*, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, no primeiro semestre de 2019. E-mail: anamalta44@gmail.com