



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A IMPORTÂNCIA DO SORRISO NO PACIENTE IDOSO

Trabalho submetido por
Claudia dos Santos Monteiro Gomes
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Outubro de 2014



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A IMPORTÂNCIA DO SORRISO NO PACIENTE IDOSO

Trabalho submetido por
Claudia dos Santos Monteiro Gomes
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professor Doutor Paulo Maurício

Outubro de 2014

“ O maior bem do Homem é uma mente inquieta”

(Isaac Asimov)

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo Maurício, pela sua disponibilidade e orientação e por me ter estendido a mão perante as dificuldades iniciais, nesta fase tão importante de transição da minha vida.

À Prof. Doutora Ana Cristina Manso, por toda a compreensão, força e sinceridade.

Ao corpo de direção clínica, responsável pela qualidade de formação clínica.

A todos os professores do Instituto Superior de Ciências da Saúde, por terem contribuído para a minha formação académica e pessoal.

Em especial, aos meus pais, por serem os responsáveis pela concretização deste meu crescimento profissional e pessoal. Pelos seus exemplos de vida, educação, apoio incansável e amor, que permitiram a formação da pessoa que sou hoje e a subida de mais um degrau.

Ao David Santos, por sempre ter acreditado em mim, pelo apoio e incansável força e incentivo. Por ser o meu melhor amigo e fazer parte integrante da melhor etapa da minha vida.

À Inês Pires, por toda a interajuda, paciência, compreensão e partilha dos melhores anos do meu crescimento. Por ser uma colega, uma amiga, mas, sobretudo, por ser o meu pilar.

Ao Gilberto Maia, por estar sempre presente durante estes cinco anos, pela incansável ajuda e disponibilidade, mas, acima de tudo, pela sincera e verdadeira amizade.

Ao Jorge Silva, por toda a amizade, pelos momentos vividos e por toda a demonstração de interesse e preocupação nesta fase.

A todos os meus colegas, companheiros e amigos de curso, com os quais pude experienciar e criar memórias dos meus melhores e mais importantes cinco anos.

Resumo

O envelhecimento é um processo universal comum a todos os indivíduos, mas particular e específico para cada um. Constitui a continuidade de experiências e vivências individuais, sendo característico de cada trajeto pessoal. O envelhecimento deve, assim, ser encarado não apenas como um período etário universal, mas também como uma categoria individual, na qual cada um é responsável pela forma como encara e vivencia esta nova experiência.

As experiências partilhadas e vividas, em sociedades distintas, por um crescente número de idosos apresentando uma longevidade cada vez maior, criaram uma preocupação acrescida com a sua qualidade de vida.

O estado da saúde oral é um requisito essencial para uma boa qualidade de vida. A sua autopercepção tem um caráter multidimensional e é fundamentada pelas mudanças e normas impostas pela sociedade e cultura em que cada indivíduo se insere, dependendo de interpretações individuais das vivências e experiências do quotidiano.

A boca e os dentes desempenham um papel primordial ao nível das relações sociais e, conseqüentemente, afetam o estado psicológico. O bem-estar geral é assim influenciado por esta condição, tendo o sorriso um papel essencial no estabelecimento de intercomunicações.

O sinal transmitido pelo sorriso tem a capacidade de gerar sensações particulares e efetivas tanto no observador como no transmissor. Desta forma, a sua percepção permite moldar comportamentos e a importância que lhe é conferida deve ser transversal a qualquer idade.

Palavras-chave: envelhecimento, qualidade de vida, autopercepção da saúde oral, sorriso

Abstract

Aging is a universal process common to all individuals, but particular and specific for each of them. It represents the continuum of individual experiences and is characteristic of each personal journey. Aging should therefore be viewed not only as a universal age period but also as an individual category, in which everyone is responsible for the way they envisage and live this new experience.

Shared experiences in different societies by an increasing number of elderly, which show longer longevity than ever, have created a greater concern for their quality of life.

The condition of oral health is an essential requirement for a good quality of life. Its self-perception has a multidimensional nature and is explained by the changes and standards imposed by the society and culture where each of them lives, depending on individual interpretations of everyday experiences.

The mouth, and teeth, play a critical role in social relations and consequently affect the psychological state of mind. General wellbeing is thus influenced by this condition, in which the smile is pivotal for establishing intercommunications.

The signal a smile transmits has the ability to generate specific and effective sensations both in the observer and the transmitter. Its perception therefore allows the shaping of behaviours and its importance must cross all age groups.

Key words: aging, quality of life, self-perception of oral health, smile

Índice Geral

Índice de Figuras	10
Índice de Tabelas	11
Lista de Siglas	13
I. Introdução.....	15
II. Desenvolvimento.....	18
2.1. O envelhecimento	18
2.1.1. Teorias do envelhecimento.....	18
2.1.1.1. Teorias evolutivas	19
2.1.1.2. Mecanismos moleculares e celulares	21
2.1.1.3. Teorias sistémicas	28
2.1.2. Representações sociais e o envelhecimento	31
2.1.3. Terceira idade	35
2.1.3.1. Terceira idade como uma nova identidade?.....	35
2.1.3.2. Terceira idade vs. velhice.....	37
2.1.3.3. Os <i>baby-boomers</i>	39
2.1.4. A imagem na velhice.....	40
2.2. Autoperceção da saúde oral pelo idoso.....	44
2.3. O sorriso.....	51
2.3.1. O sorriso ideal	52
2.3.1.1. O lábio	52
2.3.1.2. O arco do sorriso.....	54
2.3.1.3. Linha média dentária	55
2.3.1.4. Tecidos gengivais	55
2.3.1.5. Forma dos dentes	56
2.3.1.6. Tamanho e proporção dos dentes.....	59
2.3.1.7. Inclinação axial	59
2.3.1.8. Progressão de sombra	60
2.3.1.9. Espaço conector e áreas de contacto	60
2.3.1.10. Ameias incisais.....	61
2.3.2. Diferenças do sorriso com a idade	62
III. Conclusão	65
IV. Bibliografia.....	67

Índice de Figuras

Figura 1. Curva (hipotética) de envelhecimento de uma população (Teixeira & Guariento, 2010).....	20
Figura 2. <i>Feedback</i> positivo: o aumento na concentração de proteínas alteradas e redução na síntese e degradação proteica culminam no dano catastrófico (Teixeira & Guariento, 2010).....	22
Figura 3. Relação do comportamento das células e comprimento dos telómeros (Teixeira & Guariento, 2010).....	24
Figura 4. Teoria mitocondrial do envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010)	26
Figura 5. Estado clínico da cavidade oral de um idoso de 92 anos (Haikal <i>et al.</i> , 2009).	46
Figura 6. Estado clínico da cavidade oral e da prótese utilizada por uma idosa de 76 anos (Haikal <i>et al.</i> , 2009).....	46
Figura 7. Estado clínico da cavidade oral de um idoso de 62 anos (Haikal <i>et al.</i> , 2009).....	48
Figura 8. Estado clínico da cavidade oral de uma idosa com 91 anos (Haikal <i>et al.</i> , 2009)	49
Figura 9. Estado de uma prótese utilizada por um idoso com 70 anos (Haikal <i>et al.</i> , 2009).....	50
Figura 10. Simetria de um sorriso (Sharma & Sharma, 2012)	54
Figura 11. Arco do sorriso (Sharma & Sharma, 2012).....	55
Figura 12. Dentes de forma quadrada. (Sharma & Sharma, 2012)	58
Figura 13. Dentes de forma ovoide (Sharma & Sharma, 2012)	58
Figura 14. Dentes de forma triangular (Sharma & Sharma, 2012)	58
Figura 15. Ameias incisais. Forma de um «V» invertido, aproximadamente, e aumento progressivo de volume e tamanho para distal a partir dos incisivos centrais (Sharma & Sharma, 2012).....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1. Classificação de algumas teorias biológicas do envelhecimento.	19
---	----

Lista de Siglas

mm	Milímetros
cm	Centímetros
%	Porcentagem
AGE'S	Advanced glycosylation end-products
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ADNmt	Ácido desoxirribonucleico mitocondrial
ARN	Ácido ribonucleico
TSH	Thyroid stimulating hormone
GH	Growth hormone

I. Introdução

No final do século XIX e início do século XX, estudos com base na lógica darwiniana defendiam que a evolução era restringida ao período da infância e da adolescência, não existindo evolução no processo de envelhecimento e sendo características deste a estagnação e o retrocesso. A teoria do desenvolvimento de Henri Wallon (1879-1962) defende o facto de o indivíduo poder vir a ter sucesso nesta fase de vida, se tiver tido um desenvolvimento ótimo em etapas prévias, ao referir-se às «deteriorações senis da pessoa e da inteligência» (Wallon, 1980). O conceito de idoso presente na atualidade revela, desta forma, uma construção histórica (Maciel & Taam, 2007).

O envelhecimento é um processo universal, que afeta seres compostos pelas suas histórias de vida e sonhos, apesar das semelhanças características da espécie. Envelhecer é, portanto, uma experiência individual, constituída pelo trajeto pessoal, que envolve questões sobre a continuidade do indivíduo, definindo assim a sua particularidade. Prager (1997) defende a necessidade de olhar para o envelhecimento como uma categoria na qual prevalece a individualidade em detrimento da universalidade que tipicamente caracteriza esse processo (Sommerhalder, 2009).

Nem todos vivem o processo de envelhecimento de forma idêntica, estando este estreitamente relacionado com as formas materiais e simbólicas que caracterizam socialmente cada indivíduo, o que evidencia a plasticidade e a diversidade como pontos essenciais. Desta forma, a velhice consiste no que cada um faz com o tempo em que esta decorre e não apenas no processo em si (Fernandes & Garcia, 2010). Tradicionalmente, as concepções que caracterizam este período etário são substituídas por hábitos, crenças e imagens típicas da contemporaneidade. Estas mudanças permitiram o aparecimento de um modelo identitário, em que prevalece o dinamismo, a atividade, a estimulação, a plasticidade, a aprendizagem e a necessidade de uma maior presença de satisfação pessoal e vínculos afetivos (Silva, 2008).

Existem inúmeros fatores presentes na diversidade e na heterogeneidade relacionadas com a velhice. Os mais básicos dizem respeito ao género, à família, ao trabalho e às gerações. Cada indivíduo, por mais que apresente experiências que sejam ou aparentem ser comuns à sua idade, vivencia processos muito distintos no seu percurso de vida. Esta condição confere uma diversidade individual de experiências e representações (Fernandes & Garcia, 2010). A visão vivida contrasta com as transformações históricas

da vida numa sociedade de profundas mudanças. Há, portanto, uma necessidade de reformular a gestão da velhice, reinventá-la, adaptá-la às mudanças no curso da vida e definir o lugar que ocupa socialmente no presente (Delgado, 2010). As formas de envelhecer e de encarar a velhice são distintas. Todo este processo decorre de forma natural, marcado por mudanças físicas, psicológicas e sociais. No entanto, essas mudanças apresentam individualidades, caracterizando seres humanos únicos e indivisíveis, que, na sua existência, lutam contra limitações de ordem biológica, económica e sociocultural, responsáveis pela formação do processo em si. Deste modo, a simbiose e a dependência entre todos os aspetos que envolvem a velhice não permitem apenas uma descrição analítica dos mesmos (Cruz & Ferreira, 2011 e Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

A descrição do idoso pelo outro, enquanto objeto da ciência, da história e da sociedade, foi defendida por Beauvoir (1976) e por Bossi (1983) ao concluírem que a sociedade cria uma série de clichês com base nesse rótulo exterior. Beauvoir (1976) alertou que o idoso é «*um individuo que interioriza a própria situação e a ela reage*». Esta evidência não permite cingir a velhice num único conceito, colocando-a numa «*montanha russa*» de experiências individuais (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002).

O olhar retrospectivo das experiências vividas e a procura de relações e de espaços na atualidade encerram a velhice num universo individual dessa dinâmica temporal, tendo o corpo como mediador. O corpo é, assim, o conjunto que dá singularidade às vivências e permite que o individuo adquira um lugar na sociedade (Mauss, 2003).

Frequentemente, os idosos encaram as limitações como o encerrar do envelhecimento e não como uma situação que mereça ser devidamente corrigida (Haikal, Paula, Martins, Moreira & Ferreira, 2009). A saúde oral na terceira idade é essencial para um processo de envelhecimento com qualidade e reflete as consequências das interferências diretas dos determinantes sociais, uma vez que os idosos são mais propensos a situações de fragilidade provocadas pelas próprias (Simões & Carvalho, 2009).

A saúde oral tem um carácter multidimensional e a sua autoperceção expõe a noção que os indivíduos têm acerca do seu bem-estar social, funcional e psicológico. Pode ser influenciada por características socioeconómicas, pela escolaridade e por condições clínicas, como a utilização de próteses e perdas dentárias (Silva, Held, Torres, Sousa, Neri & Antunes, 2011). A saúde oral permite ter uma visão mais realista da condição

aparente do indivíduo, apesar de não substituir o exame clínico (Costa, Saintrain & Vieira, 2010).

A boca e o estado oral são fatores imprescindíveis no que se refere às intercomunicações, tanto sociais como psicológicas (Krumber, Manstead & Kappas, 2006). Um belo sorriso facilita essas interações e, nesse contexto, os dentes são essenciais para a sua beleza (Lopez *et al.*, 2013).

Beall demonstrou claramente que o sorriso tem um grande impacto na atratividade física da pessoa. O sorriso, por si só, influencia considerável e positivamente a atração e a percepção da personalidade de cada um (Lopez *et al.*, 2013).

O sorriso é um sinal particular e real, cuja execução e capacidade de reconhecimento são desenvolvidas desde muito cedo (Bruce & Young, 1998). Os humanos são capazes de reconhecer a uma distância duas vezes superior a qualquer outra expressão facial (Walk & Walters, 1988) e este tem a capacidade de induzir prazer no observador e *inclusive* no transmissor (Surakka & Hietanen, 1998), gerando impacto no comportamento dos outros (Scharlemann, Eckel, Kacelnik & Wilson, 2001).

II. Desenvolvimento

2.1. O envelhecimento

« [...] envelhecer é uma experiência única para cada indivíduo, diversificada entre pessoas de um mesmo grupo social e heterogênea tanto entre indivíduos como em diferentes grupos sociais [...] o processo de envelhecimento, em função da sua múltipla determinação, implica diversidade, individualidade e variabilidade entre os indivíduos.» (Bassit, 2004, citado em Gamburgo & Monteiro, 2008)

2.1.1. Teorias do envelhecimento

O envelhecer está relacionado com múltiplos e diversos fatores, não tendo apenas uma unidade causal, tal como demonstrado pelas teorias relativas ao envelhecimento. No entanto, é frequente que as pessoas cinjam a compreensão deste conceito aos aspetos mais facilmente visíveis e quantificáveis e não apenas aos aspetos biológicos (Matos, Giatti & Lima-Costa, 2004).

O envelhecimento biológico inicia-se com o nascimento e culmina com a morte. Este processo é descrito por teorias com diversas classificações, sendo mais comum a divisão em dois grupos: o das teorias programadas e o das teorias estocásticas. As teorias programadas, explicadas por Weinert e Timiras, defendem que a regulação do crescimento, da maturidade e da morte é devido à presença de «relógios biológicos». As teorias estocásticas consistem na identificação de fatores que provoquem danos moleculares e celulares, aleatórios e progressivos. Baseando-se nos objetivos das teorias biológicas, Austad propõe duas categorias distintas:

- **Ultimate:** categoria que engloba as consequências do envelhecimento, o processo em si e *inclusive* as variações de velocidade do mesmo entre espécies e indivíduos de uma população.
- **Proximate:** está relacionada com questões instantâneas e os mecanismos envolvidos no envelhecimento.

Como exemplo de teorias e mecanismos biológicos do envelhecimento, existe a classificação proposta por Weinert e Timiras: evolutiva, molecular-celular e sistémica (**Tabela 1**) (Teixeira & Guariento, 2010).

Teorias	Descrição
Evolutivas Acúmulo de mutações Pleiotropia antagonista Soma descartável	A seleção natural torna-se “negligente” com as mutações que afetam a saúde em idade avançada. Os genes benéficos na juventude tornam-se deletérios na fase pós-reprodutiva. As células somáticas são mantidas somente para assegurar o êxito na reprodução, tornando-se descartáveis após esse período.
Moleculares - celulares Erro-catastrófico Mutações somáticas Senescência celular/telômeros Radicais livres/DNA Glicosilação (AGEs)/ligações cruzadas Morte celular	Com o envelhecimento, há um declínio na fidelidade da expressão genética, que resulta na autoamplificação de erros na síntese proteica. O acúmulo desses erros provoca o “erro-catástrofe”. Os danos moleculares acumulam-se principalmente no DNA. O fenótipo do envelhecimento é causado pelo aumento na frequência de células senescentes. A senescência celular pode ser decorrente do encurtamento dos telômeros (senescência replicativa) ou do estresse celular. O metabolismo oxidativo produz radicais livres altamente reativos que, subsequentemente, causam danos nos lipídios, nas proteínas e no mtDNA. O acúmulo de AGEs nas proteínas da matriz extracelular tem consequências deletérias e contribui para o envelhecimento. A morte celular programada ocorre por eventos genéticos ou em decorrência de crise no genoma.
Sistêmicas Neuroendócrina Neuroendócrina-imunológica Ritmo/velocidade da vida	Alterações no controle neuroendócrino da homeostase resultam em mudanças fisiológicas relacionadas à idade. O declínio da função imune associado ao envelhecimento resulta em incidência maior de doenças autoimunes. Há um potencial de energia para o metabolismo de cada organismo vivo. “Viva rapidamente e morra jovem.”

Tabela 1. Classificação de algumas teorias biológicas do envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010).

2.1.1.1. Teorias evolutivas

Dufour e Larsson defendem que uma maneira de analisar o envelhecimento é através do desenho de uma curva hipotética de sobrevivência, tendo em conta uma dada população,

num ambiente controlado e com um processo de envelhecimento geneticamente constante. Esta curva terá como característica uma forma bifásica devido ao facto de a morte ser rara no início da vida adulta (porção linear) e de se verificar uma redução no número de indivíduos vivos na fase adulta final (porção sigmóide) (**Figura 1**) (Teixeira & Guariento, 2010).

Entre as duas porções da curva, existe uma transição que está relacionada com a maturidade sexual. Como se verifica, há uma sobrevivência do indivíduo até à reprodução, assegurada pela pressão seletiva por forma a preservar a espécie. Contudo, após esse contributo, dá-se um decréscimo da pressão seletiva.

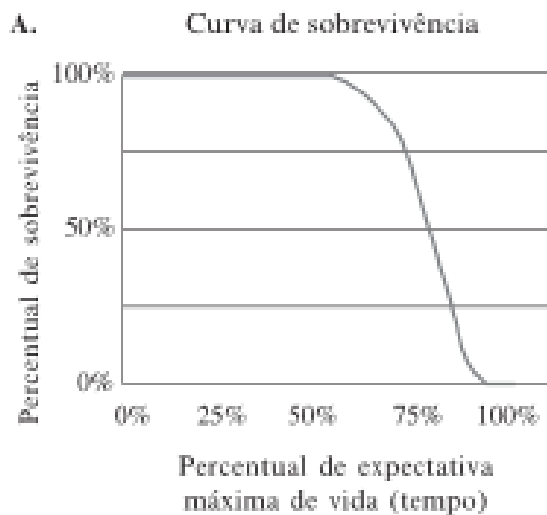


Figura 1. Curva (hipotética) de envelhecimento de uma população (Teixeira & Guariento, 2010).

As teorias evolutivas procuram encontrar uma explicação para a origem do envelhecimento e para a distinção relativamente à longevidade das diferentes espécies. Como teorias evolutivas vamos então considerar: acúmulo de mutações, pleiotropia antagonista e soma descartável.

Acúmulo de mutações

Em 1952, Peter Medawar defendeu que, ao longo dos anos, a força da seleção natural decresce. A adaptação teria como objetivo a eliminação de uma mutação deletéria através de uma pressão elevada, a qual poderia limitar a reprodução nos jovens.

Contudo, a morte verificar-se-á nos indivíduos em que não for visível a expressão da mutação até idade avançada, ou seja, perante uma mutação com uma baixa frequência de expressão, o genoma dificilmente seria «limpo» pela seleção natural. Desta forma, existiria um acréscimo de mutações ao nível do genoma, visto que os indivíduos transmitiriam às gerações vindouras mutações deletérias de ação tardia.

Pleiotropia antagonista

Teoria formulada por George Williams em 1957, que defende que na juventude existem efeitos positivos promovidos pelos genes, que se tornam negativos com a chegada da fase final da vida. Desta forma, a reprodução seria um dos fatores a ser beneficiado, ao ocorrer uma potenciação do vigor, devido à seleção dos genes. Contudo, estes seriam posteriormente responsáveis pelas alterações típicas do envelhecimento.

Soma descartável

Proposta por Kirkwood em 1977, esta teoria defende que a utilização de energia por parte do organismo, para além da necessária para o seu tempo de vida, não é aconselhável visto que existe uma taxa de insucesso ao nível da mortalidade extrínseca, verificada em animais no seu meio natural. Desta forma, a energia deve ser utilizada não para manter o indivíduo eternamente vivo, mas sim com o objetivo de obter melhorias na capacidade de reprodução.

2.1.1.2. Mecanismos moleculares e celulares

A causa do envelhecimento não é singular, podendo ter diversas etiologias associadas. Apresenta relações ao nível dos mecanismos moleculares, celulares e sistémicos. Alguns exemplos de mecanismos são: erro-catastrófico; mutações somáticas; reparações no ADN; senescência celular/encurtamento dos telómeros; radicais livres/ADN mitocondrial; glicosilação/ligações cruzadas; morte celular (Teixeira & Guariento, 2010).

Erro-catastrófico

Trata-se de uma teoria desenvolvida por Orgel em 1963, defendendo que pode existir uma sucessão de erros sem qualquer tipo de ordem ao nível das proteínas responsáveis pela produção do ADN ou outras moléculas *template* que condicionam o mecanismo responsável pela síntese de proteínas. Esta sucessão de alterações ao nível da transcrição e da translação resultaria num decréscimo de qualidade no funcionamento do mecanismo, originando um *feedback* positivo, o que resultaria numa modificação de proteínas, devido a um processo de autoamplificação (**Figura 2**). Este acumular de erros culminaria num estado que impossibilitaria a vida ao originar um «erro catastrófico».

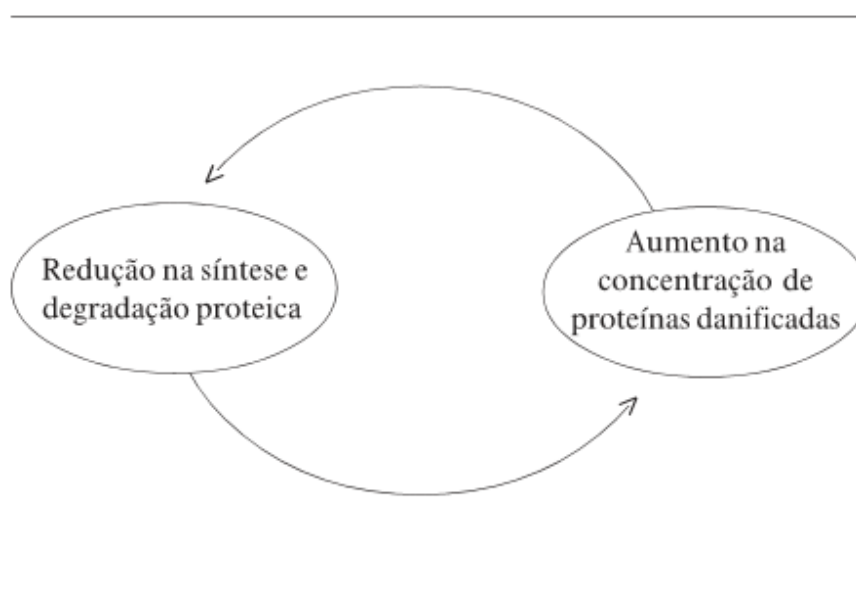


Figura 2. *Feedback* positivo: o aumento na concentração de proteínas alteradas e redução na síntese e degradação proteica culminam no dano catastrófico (Teixeira & Guariento, 2010).

Não é verificável uma relação de dependência com a idade no que se refere à síntese de proteínas. As modificações visíveis ao nível dos tecidos mais antigos seriam provocadas por alterações após a translação, nomeadamente nos processos de oxidação e glicosilação, e por um decréscimo da *clearance* nas células mais antigas. Assim, perante os resultados da análise em células de cultura, não se observou a presença de um erro-catastrófico durante o processo de envelhecimento.

Mutações somáticas e reparações do ADN

Perante a análise das consequências das radiações a que as cobaias foram sujeitas, foi possível estabelecer uma correlação entre as mutações somáticas e o envelhecimento, tendo em conta que os efeitos originados revelaram pareças com fatores relacionados com o envelhecimento. Este seria causado por um acréscimo de mutações, resultante de um longo período de exposições a radiações naturais e a outros agentes ambientais.

Troen (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defende que, na teoria das mutações somáticas, as mutações provocadas por doses subletais induzem a morte. Contudo, nos roedores que foram expostos à radiação ionizante, constatou-se, através das suas curvas de sobrevivência, um aumento da taxa de mortalidade inicial apesar de esta reduzir o tempo de vida. Verificou-se que a evidente taxa de mortalidade precoce foi provocada por cancro e não por um aumento da velocidade do processo de envelhecimento.

Já a teoria de reparação do ADN consiste numa especificidade das mutações somáticas. De acordo com Troen, a reparação do ADN não é dependente da idade, apesar de haver uma dependência entre a esperança máxima de vida em organismos distintos e a eficácia da dita reparação. No entanto, em células diferenciadas, a correção de regiões selecionadas de ADN apresenta um valor significativo.

As mutações resultantes do meio ambiente, juntamente com a falta de qualidade do processo de correção do ADN, seriam responsáveis pelas malformações cromossómicas ao nível dos tecidos mais antigos (Teixeira & Guariento, 2010). Segundo Rattan, os reduzidos valores de radiação natural não são suficientes para explicar a presença de mutações celulares. Para Wong (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), o processo de envelhecimento biológico pode ser resultado de uma sucessão de mutações (Teixeira & Guariento, 2010).

Envelhecimento celular/encurtamento dos telómeros

Proposta em 1965 por Hayflick e Moorhead (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), esta teoria explica um processo que condiciona a replicação das células normais em cultura, através da modificação da fisiologia. O limite de Hayflick determinou que as células somáticas normais apresentam aproximadamente cinquenta divisões durante a sua replicação, como foi observado nos fibroblastos de peles jovens. Esta capacidade é

conseguida através de um decréscimo da velocidade das divisões juntamente com fatores típicos de células envelhecidas.

Existem dois tipos de envelhecimento das células: o envelhecimento provocado por stress, que decorre dos processos moleculares, e o envelhecimento replicativo, como resposta à ausência de telómeros. Estes consistem em elementos repetidos de sequências de ADN, presentes nos extremos dos cromossomas, com o objetivo de garantir a estrutura dos genomas de forma intacta, impedindo a junção com outros cromossomas. A sua síntese é da responsabilidade de uma transcriptase reversa, a telomerase, a qual é composta por uma curta porção de ARN. O encurtamento dos telómeros resulta da perda de porções de ADN nos extremos do cromossoma, por cada divisão celular nas células dos eucariontes. Para além do encurtamento, esta ausência também será responsável por alterações estruturais.

A redução dos telómeros ocorre perante a inativação da telomerase, no decorrer do processo de crescimento replicativo. Conclui-se, assim, que a dimensão dos telómeros tem influência na quantidade de replicações de células *in vivo*. Desta forma, uma diminuição da dimensão do telómero funcionaria como um alerta para um provável envelhecimento replicativo em células humanas (**Figura 3**)

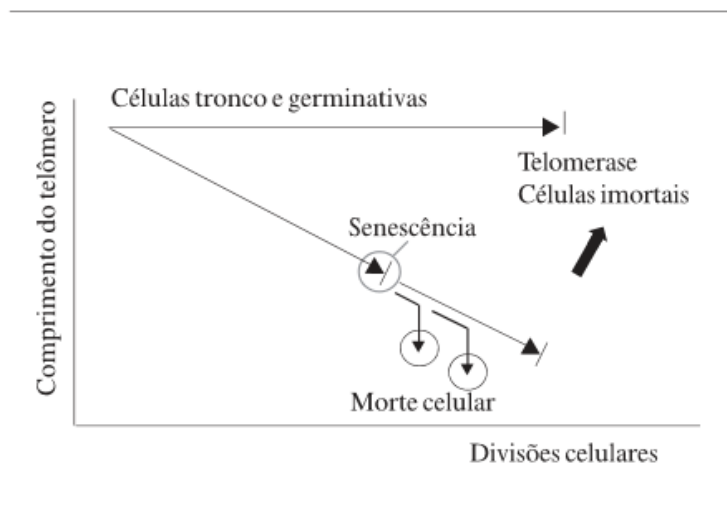


Figura 3. Relação do comportamento das células e comprimento dos telómeros (Teixeira & Guariento, 2010).

As células germinativas, as células-tronco e as células neoplásicas constituem o local responsável pela síntese da telomerase, pela reconstituição dos telómeros e pela prevenção do envelhecimento replicativo. Contudo, a telomerase praticamente não

desempenha nenhuma função ao nível das células somáticas humanas. O fator que alerta para o envelhecimento celular reside num valor mínimo de dimensão que é específico para cada célula. Esta informação é transmitida pelos telómeros.

Através de experiências iniciais com células em cultura, foi possível verificar que existe uma dependência entre a idade do dador e a potencialidade replicativa. Esta observação permite supor que existe um acréscimo do condicionamento das divisões celulares em pessoas com idades mais avançadas. Contudo, estas evidências são contrapostas por outros estudos. Resultados de amostras transversais e longitudinais do *Baltimore Longitudinal Study on Aging* demonstraram que, havendo um cuidado com a situação de saúde do dador e do estado das biópsias, a idade do dador não tem influência no tempo de vida replicativa dos fibroblastos) (Teixeira & Guariento, 2010).

Radicais livres/ADN mitocondrial

Esta teoria, sugerida em 1956 por Denham Harman (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), defende que as espécies reativas de oxigénio seriam responsáveis por mudanças prejudiciais nos organismos celulares, culminando no envelhecimento.

A função desempenhada por estas espécies resultaria numa sucessão de efeitos responsáveis por modificações ao nível da morfologia, da quantidade e da ação das enzimas mitocondriais. Perante acontecimentos drásticos, esse processo levaria a uma falha no funcionamento do sistema, culminando na morte da célula. Contudo, a presença de um conjunto de antioxidantes não enzimáticos e enzimáticos tende a combater as consequências nefastas desses efeitos, garantindo assim a estrutura da célula.

A teoria mitocondrial do envelhecimento consiste na teoria dos radicais livres apoiada no ADNmt. Esta defende que, ao longo do tempo, o controlo da síntese de radicais livres perde qualidade. O aumento dos superóxidos nas células vai originar defeitos nas suas membranas, tendo como desfecho alterações na função das mitocôndrias e consequentemente danos tecidulares e morte (**Figura 4**). Desta forma, é possível concluir que a manutenção da estrutura da mitocôndria é inversamente proporcional à idade.

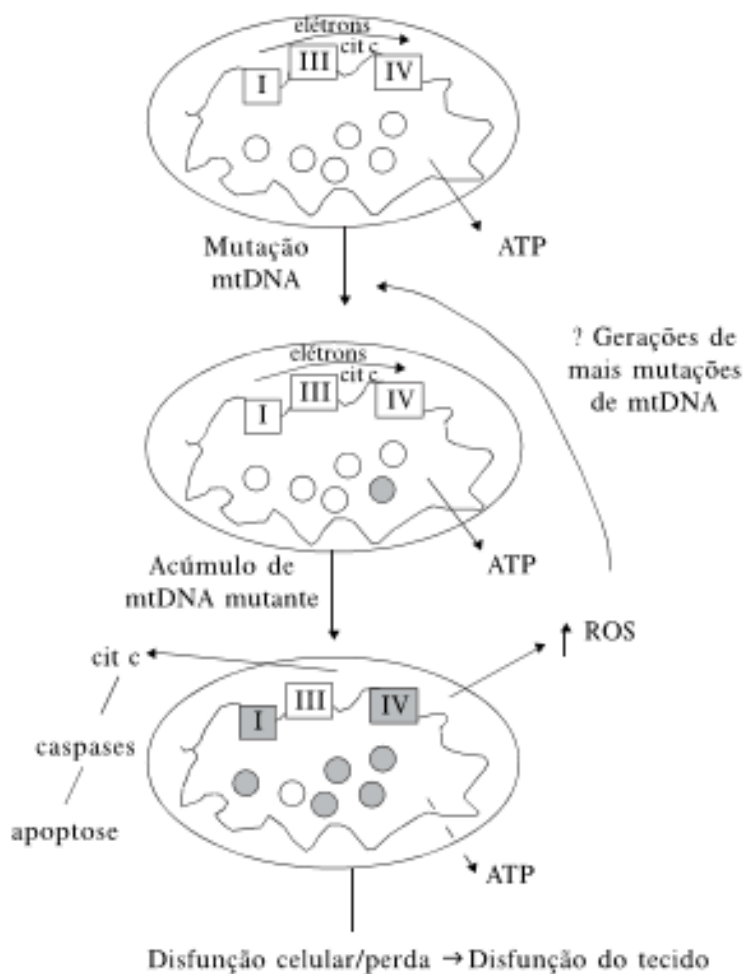


Figura 4. Teoria mitocondrial do envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010).

Balaban *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defendem que o objetivo desse ciclo apresenta aspectos positivos e negativos. Logo, não é possível encerrar a hipótese de o envelhecimento ser consequência de uma diminuição do transporte de elétrons ao nível da mitocôndria. Apesar de estudos ao nível do genoma evidenciarem a existência de modificações na transcrição de elementos responsáveis pelo transporte de elétrons como consequência do envelhecimento, a falta de controle da mesma pode ter surgido previamente ao decréscimo da função mitocondrial, nomeadamente no momento de acumulação máxima de consequências provocadas pelos antioxidantes.

A existência de espécies reativas de oxigênio no metabolismo aeróbio é mais um dos processos aceites para a justificação das hipóteses causais do envelhecimento. Esta

síntese de radicais livres por parte das células é aceita atualmente como válida (Teixeira & Guariento, 2010).

Glicosilação (AGEs)/Ligações cruzadas

Com o decorrer do envelhecimento, a oxidação lipídica e a glicosilação são responsáveis por modificações ao nível da qualidade das proteínas. Como resultado inicial das reações de glicosilação de açúcares na ausência de enzimas, os seus produtos, ao associarem-se com proteínas, originam as chamadas bases Schiff e os produtos Amadori, sendo ambos reversíveis.

Os produtos Amadori, em grande parte das proteínas celulares e plasmáticas, apresentam uma relação de estabilidade com a glicose. No entanto, em determinadas proteínas, estes reagem e são responsáveis pela produção dos últimos elementos da glicosilação avançada, os AGEs.

Os AGEs têm a capacidade de gerar ligações cruzadas através de junções moleculares irreversíveis com modificações de características bioquímicas moleculares. Estas ligações vão anular a função das proteases, impedindo a eliminação das proteínas modificadas. Assim sendo, com o decorrer do envelhecimento, vai ocorrer um incremento de AGEs ao nível da matriz extracelular.

Gafn (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defende que um dos elementos responsáveis pelo envelhecimento está relacionado com as ligações cruzadas entre as moléculas de ADN e as das proteínas. É, portanto, necessário compreender a relação entre a acumulação de AGEs, de doenças relacionadas com a idade e o processo de envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010).

Morte celular

A morte celular pode ocorrer através de processos de apoptose e necrose. A apoptose é uma morte fisiológica, em que são transmitidos sinais a células de modo a promover a sua própria destruição. A necrose é um processo patológico resultante da presença de substâncias tóxicas, as quais provocam consequências nefastas, como resultado de agressões de microrganismos patológicos e da ausência de oxigénio.

A mitocôndria pode desempenhar o papel de intermediária para os processos responsáveis pela apoptose e pela necrose. A apoptose, diferente da necrose, pode ser

provocada por sinais induzidos por hormonas e defeitos no ADN, sendo controlada geneticamente.

Segundo Johnson *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), as alterações mitocondriais relacionadas com a idade têm a capacidade de originar elementos intermediários da morte celular como é o caso da libertação do citocromo C, da quebra dos elementos de transporte de eletrões e da síntese das espécies reativas de oxigénio. Ainda não foi comprovada uma maior libertação do citocromo C, contudo constata-se uma diminuição do transporte de eletrões e um incremento na síntese de espécies reativas de oxigénio com o envelhecimento, observável em diversos mamíferos.

Warner *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) colocam como hipótese o facto de a falta de controlo na regulação da morte celular programada ter influência no envelhecimento. Contudo, Johnson *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defendem que tem de existir um estudo mais profundo de modo a perceber a ligação entre a morte celular e os processos moleculares que ocorrem no envelhecimento.

2.1.1.3. Teorias sistémicas

Os sistemas nervoso, endócrino e imune são responsáveis pela concretização de ações essenciais à coordenação intersistémica e à regulação de respostas interativas/defensivas do organismo perante fatores extrínsecos e intrínsecos (Teixeira & Guariento, 2010).

Como exemplos de teorias sistémicas, temos as teorias neuroendócrina e neuroendócrina-imunológica, as quais defendem a falta de regulação das ações destes sistemas. Esta desregulação é assim responsável pelo envelhecimento. Outro exemplo de teoria sistémica é a do ritmo/velocidade de vida, que relaciona o gasto de energia com o envelhecimento (Teixeira & Guariento, 2010).

Neuroendócrina

Esta teoria defende que o envelhecimento é resultante de modificações que ocorrem ao nível das funções neurais e endócrinas. Estas funções têm como objetivo a manutenção do indivíduo no seu estado «ótimo» para a sobrevivência e a reprodução, sendo indispensáveis para a coordenação ao nível das comunicações intersistémicas e no controlo das respostas dos sistemas fisiológicos perante os estímulos ambientais. Segundo Weinert e Timiras (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), as modificações ao nível

do sistema neuroendócrino não vão afetar de maneira seletiva os neurónios e as hormonas responsáveis somente pelas funções evolutivas, contudo têm influência nas funções que controlam a sobrevivência através de mecanismos de adaptação ao stresse. Desta forma, a duração da vida é regulada através de «sistemas biológicos» e controlada por sinais endócrinos e nervosos em estágios sequenciais.

Um dos princípios desta teoria define que o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal consiste num sistema regulador. Por meio da análise das contínuas mudanças ambientais, esse sistema apresenta os ajustes necessários para a hemóstase e é indicador do início e do término de cada um dos estágios da vida.

Udelsman *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defendem que o envelhecimento é resultante da redução da capacidade de adaptação ao stresse, visto que ocorreria uma diminuição da resposta simpática provocada por três alterações: redução do número de recetores de catecolaminas ao nível dos tecidos alvos periféricos; diminuição ao nível das *heat shock proteins* (proteínas de choque térmico), o que provoca o aumento da resistência ao stresse; declínio da competência das catecolaminas de forma a promover a formação dessas proteínas.

Em resposta ao stresse contínuo, e com o envelhecimento, os mecanismos de *feedback* positivo poderiam apresentar défices. Além do mais, os glicocorticoides poderiam ser tóxicos para alguns neurónios, provocando uma rutura no controlo do *feedback* e na característica cíclica das hormonas. Essa alteração no *feedback* do sistema neuroendócrino culminava em algumas alterações características da senescência (Teixeira & Guariento, 2010).

Neuroendócrina-imunológica

Parecem não existir dúvidas acerca da integração e interação dos sistemas neuroendócrinos e imune ao nível da hierarquia de regulação multissistémica, ao longo de todos os estágios de vida. De acordo com Weinert e Timiras (*vide* Teixeira & Guariento, 2010), essa interação existe devido a:

- Presença de neuropéptidos e citocinas do sistema imune, que funcionam como mediadores da comunicação entre os sistemas neuroendócrino e imune e da comunicação intrainmune.

- Diversas hormonas segregadas pela porção posterior da hipófise (vasopressina) e ao nível da porção anterior (TSH, prolactina, adrenocorticotrofina e GH), que controlam importantes funções imunes.
- Ação recíproca das citocinas sobre as funções neuroendócrinas.

Paralelamente às interações neuroendócrinas, existem outras funções essenciais ao sistema imune, das quais se destacam o controlo e a destruição dos microrganismos e de substâncias estranhas ao hospedeiro (Teixeira & Guariento, 2010).

Esta teoria assenta os seus princípios em duas premissas relativas ao envelhecimento: existe um decréscimo da capacidade funcional por parte do sistema imune, como é evidente pela resposta mitogénica reduzida nas células T e por diminuída resistência às infeções; ocorre um aumento dos anticorpos séricos (aumento das propriedades autoimunes).

Franceschi *et al.* (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) contrapuseram essa interpretação, visto que outras funções, como a atividade de vários tipos de linfócitos e do sistema do complemento, se encontram preservadas em indivíduos centenários saudáveis.

O envelhecimento saudável está dependente da plasticidade e da manutenção da capacidade funcional, sendo necessárias respostas compensatórias por meio da nutrição e da prática de exercício físico.

A hipótese de que o envelhecimento é provocado pela desregulação do sistema imune ainda não se encontra confirmada, visto que, mesmo em idade avançada, persiste a plasticidade dos sistemas imune e neuroendócrino (Teixeira & Guariento, 2010).

Ritmo/velocidade de vida

Trata-se de uma teoria proposta por Pearl em 1928, que considera que existe uma limitação da longevidade representada pelo consumo de energia, uma vez que a formação de espécies reativas de oxigénio se encontra envolvida na senescência celular. Esta teoria é sustentada empiricamente pela taxa metabólica dos poiquilotermos, animais que apresentam um aumento da taxa respiratória com a elevação da temperatura. Contudo, Austad (*vide* Teixeira & Guariento, 2010) defende que esta teoria é rejeitada de acordo com os seguintes resultados empíricos: a alteração da longevidade nem sempre é feita por alterações ao nível da taxa metabólica; a velocidade do

envelhecimento é afetada pela diminuição da ingestão calórica em roedores, sem que exista uma redução da taxa metabólica específica; a longevidade não é afetada pela redução experimental de dispêndio de energia.

2.1.2. **Representações sociais e o envelhecimento**

A qualidade de vida na velhice envolve a análise de diversos fatores relativamente aos critérios individuais e aos impostos pelas normas da sociedade, que apresentam diretrizes tanto nas relações passadas como nas presentes e *inclusive* na influência que o meio ambiente exerce sob o idoso. Deste modo, como defendido por Trentini, Chachamovich & Fleck (2008), a qualidade de vida está dependente da constante relação de diversos componentes ao longo da vida. Encontrar vantagens na velhice, dar continuidade à juventude e alcançar a fase final da vida com qualidade de vida social e individual têm sido as incessantes procuras do ser humano, em múltiplos campos. Este tema tem ganhado importância nas últimas décadas, devido ao aumento da longevidade e, conseqüentemente, a uma maior quantidade de idosos (Vieira, Reis, Segundo, Fernandes & Macdonald, 2012).

Torna-se, assim, imprescindível a análise das representações sociais da qualidade de vida dos idosos, visto que estas mencionam «uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social» (Jodelet, 2001, citado em Vieira *et al.*, 2012).

No contexto social atual, a velhice é representada de forma destrutiva, contribuindo para que o idoso seja identificado sob a forma de fracasso, sofrimento e doença, o que origina um idoso excluído, que absorve essas características e reage a elas de diversas formas, que variam do comportamento depressivo e do isolamento, à passividade, à postura agressiva, à intransigência e à rebeldia (Guerra & Caldas, 2008).

De acordo com Moscovici (1978) (*vide* Vieira *et al.*, 2012), o objetivo da representação social, com base na formação pessoal, consiste em direcionar atitudes e promover a facilidade de expressão, tendo em conta a impossibilidade de dissociar a análise individual e a integração na sociedade dos idosos. Por conseguinte, para cada indivíduo, o processo de envelhecimento pode culminar em diversos desfechos, estando dependente das escolhas individuais e dos determinantes do próprio envelhecimento

(Guerra & Caldas, 2008), os quais podem ser entendidos através da visão de uma realidade discursada e sentida por um dado grupo social, que orienta atitudes e formas de expressão (Vieira *et al.*, 2012).

O conceito de representação social pode ser elaborado como consequência de mecanismos cognitivos individuais e mentais, que constituem a formatação de uma informação a ser partilhada no interior de um conjunto social, por forma a construir uma realidade em comum com os indivíduos desse conjunto. Trata-se de um conceito, presente na consciência do indivíduo, da palavra expressa sob a forma de ideias, pensamentos, imagens, opiniões e conhecimentos. A nomenclatura usada na representação normalmente modifica ou analisa indivíduos ou objetos, alterando a definição primária ou atribuindo termos percebidos por uma determinada sociedade, tornando assim a representação num conjunto de termos que interagem entre eles, difundindo-se no seio das relações interpessoais, da sociedade e de ideologias e tornando-se comuns (Guerra & Caldas, 2008).

Logo, a representação gera um desalinhamento no que se refere à origem do significado. Existem três resultados dos conteúdos representativos: distorções, suplementações e subtrações.

Relativamente à distorção, as características atribuídas a um determinado objeto estão evidenciadas ou dissimuladas, podendo ser visíveis nos grupos sociais com mais influência em relação aos que apresentam uma categoria inferior. Este tipo de efeito constata-se na ideia formada que a maioria dos jovens adultos tem da velhice. Na suplementação, são atribuídos conceitos inadequados e sentidos ao objeto em questão, como consequência de uma sucessão de significados. Já na subtração, existe uma anulação das características relativas ao objeto, sendo na maioria das situações consequência das regras da sociedade em questão. Por exemplo: o idoso é considerado um avô fragilizado, assexuado e amigo experiente perante os olhares de negação que lhe recusam a existência de necessidades semelhantes às suas (Guerra & Caldas, 2008).

A formação e a funcionalidade de uma representação podem ser explicadas através dos processos de objetivação e ancoragem. Jodelet (2001) (*vide* Vieira *et al.*, 2012) defende que a objetivação consiste num mecanismo em que o sujeito constrói uma aprendizagem, ou seja, ocorre uma modificação de um acumular de conceitos, materializando-os. Em relação à ancoragem, esta consiste numa categoria que defende

que os componentes da representação, além de serem responsáveis pelas interpelações na sociedade, também possibilitam a sua elaboração. Garante, assim, a ligação existente entre a função social e a cognitiva. Além disso, também confere objetividade a conteúdos subjetivos essenciais para a formação de representações novas.

As representações sociais caracterizam o mundo real perceptível na estruturação das atitudes, na exposição de ideias e no entendimento da rotina diária, permitindo uma distinção dos grupos sociais (Vieira *et al.*, 2012).

A problemática do envelhecimento pelos serviços é ou não evidenciada pelos meios de comunicação, influenciando cada indivíduo. A opinião dos críticos modifica a forma de estar e de pensar de uma sociedade em relação aos idosos e ao processo de envelhecimento em si, desencadeando fragilidades nos mesmos e promovendo transversalmente nas gerações tabus relativamente ao desconhecimento do que virá.

O idoso, nas redes sociais, é encarado como um «problema» e sujeito ao olhar do mundo externo. As suas ideias são desconsideradas relativamente às experiências e até ao momento da velhice que vive, desvalorizando assim, a sua consciência como sujeito nesta fase de vida. Este preconceito ocorre muitas vezes devido a falta de educação e de conhecimento sobre o envelhecimento, originando conceitos negativos e condicionando o convívio e as relações interpessoais. Estas imagens constroem «rótulos» que podem conduzir ou não a uma marginalização pela sociedade onde se inserem (Guerra & Caldas, 2008).

Com o objetivo de analisar as representações que a sociedade tem sobre o envelhecimento e os idosos, foi realizado um estudo que descreve a este respeito três géneros de representações sociais:

- Representação caseira e feminina, em que existe um enfoque na ausência da união da família, mencionando as palavras: filhos, netos, mãe, avó, sobrinho, marido e solidão. É referenciado também o conceito da estética por intermédio de termos como: incerteza, beleza, bonito ou feio.
- Representação masculina, apoiada no conceito de dinamismo, descrevendo o envelhecer como ausência de trabalho e referindo as palavras: trabalho, ritmo, atividade, sociedade, vivência e conhecimento.

- Representação utilitarista, que define o envelhecimento como um enfraquecer do organismo. Esta representação é referida por dois conceitos globais: a de «fase de vida», que se funde com envelhecimento, anos, vida, período, natureza, morte e enfraquecimento, e o conceito de «pessoa», que envolve o conhecimento, físico, psíquico, estética e indivíduo.

Na sociedade pós-industrialista, a velhice é vista sob um olhar negativo quando tem por base a fragilidade física. Paralelamente, nasce uma imagem refrescante que evidencia a independência e a liberdade.

Analisando o conceito das duas imagens, foram elaborados dois modelos de representação designados por *la vieillesse ingrante* (a velhice ingrata) e *la vieillesse épanouie* (o desabrochar da velhice). Relativamente ao primeiro modelo, quem encara a velhice dessa forma associa-a a uma degradação física e mental, que surge no idoso como dependência, falta de atividade, desprezo e solidão. Estas características criam abandono, depressão, infelicidade e mal-estar, denegrindo a imagem do idoso. Contudo, quem relaciona a velhice com o desabrochar de uma nova fase, identifica-a com independência psíquica e física, sendo evidente no dinamismo com que se vive a vida e na beleza e no positivismo com que a encara, participando ativamente na sociedade. O envelhecimento é visto como um momento de concretização pessoal e de prazer.

Ao analisar estas definições, é perceptível que, na representação social da velhice, o que caracteriza um determinado grupo é exatamente o que o opõe a outro. Deste modo, a angústia de perder tudo o que o caracteriza como ser humano e que faz de si um homem íntegro e independente é a base que forma a representação, ou seja, o indivíduo vive com medo da solidão e de ser apontado sob uma luz negativista (Guerra & Caldas, 2008).

Com o objetivo de compreender como os idosos percecionam o processo de envelhecimento através de visualizações e de representações, verificou-se a existência de uma perceção negativista. Esta perceção externa acerca do envelhecimento, juntamente com o sentimento de solidão, de dependência e de perda, é frequentemente encarada pelo idoso como algo real, apesar de não sentir que esse «rótulo» lhe é adequado.

O argumento de que o idoso encara a percepção externa como real é contraposto por outro estudo, que refere as opiniões sociais como normas impostas pelos grupos, espelhos da cultura da comunidade em questão. Aquando da compreensão e da adequação aos papéis impostos, são adquiridas posturas correspondentes a estes.

O convívio entre pessoas de gerações distintas tem vindo a crescer, permitindo um conhecimento e interação entre as diversas idades. O bem-estar da sociedade está relacionado com as representações formadas e condutivas dessa interação (Guerra & Caldas, 2008).

A capacidade de flexibilidade das normas que guiam essas interações entre as várias gerações está relacionada com uma diretriz desconhecida no que se refere às características por direito das gerações, assim como o nascimento de novos hábitos apoiados em crenças distintas de aquisição, dependências e direitos, num ambiente em que as gerações dispensam mais tempo aos seus familiares e ao convívio em sociedade. A oportunidade de criar laços com base numa interajuda é fulcral para o idoso, contudo a concretização está dependente das vivências do próprio processo de envelhecimento (Delgado, 2010).

2.1.3. Terceira idade

2.1.3.1. Terceira idade como uma nova identidade?

Peter Laslett (1989) (*vide* Silva, 2008) foi um dos pioneiros no que toca à compreensão da terceira idade como uma fase de vida inovadora e distinta, localizada entre a idade adulta e a velhice. O autor defende que as alterações demográficas e, acima de tudo, uma maior esperança de vida, introduziram mudanças de tal forma inesperadas, que levaram à construção de «mapas de vida» diferentes. Decerto que, a dimensão do tempo de vida faz com que os indivíduos tenham falhas no setor social tendo necessidade de o recriar.

Essa dimensão da jornada que é a vida necessitaria de uma interrogação acerca daquilo em que acreditamos sobre as fases do caminho percorrido, assim como a criação de uma nova forma de expressão e, principalmente, de uma visão refrescante sobre como envelhecer. Com o objetivo de recriar os fatores essenciais, é proposta a compreensão da terceira idade como parte integrante de uma categoria numérica transversal a todas as etapas de vida, sugerindo uma repartição em quatro partes da mesma.

A reorganização de todo o percurso de vida de acordo com o aparecimento da definição de terceira idade classifica a infância como primeira idade, a idade adulta como segunda, a terceira idade como um período desconhecido e a velhice, como representativa das fases mais avançadas da vida, considerada uma quarta idade (Silva, 2008).

A partir desta reformulação das etapas de vida, criada de acordo com as características do envelhecimento, a terceira idade é definida como um período de concretizações e de prazer, contrapondo a noção mais global de que a idade adulta corresponde à fase em que o indivíduo alcança o seu esplendor e realização máxima. A concretização plena do indivíduo surgiria, sim, com a terceira idade, o período do «coroar da vida», em que o indivíduo adquire uma independência dos seus compromissos e inicia a construção de novas dependências em equilíbrio com os seus gostos (Silva, 2008).

A terceira idade tem, assim, origem na decisão individual. Apesar de alertar para um conceito de interações e partilhas, não pode ser descurado o facto de o seu sucesso e bem-estar necessitar de independência e de acesso a serviços compatíveis no meio onde se insere, ou seja, havendo um enfoque na individualidade. A altura adequada para o início na terceira idade, a criação do que a define e o momento para se libertar desta e entrar na quarta idade são decisões racionais e livres do indivíduo.

Estas ideias, embora tidas como guias essenciais para a compreensão da terceira idade, foram sujeitas a diversas críticas. Em primeiro lugar, no que diz respeito ao condicionamento do prazer pessoal à fase da terceira idade. Não é aceitável que apenas na terceira idade exista o momento ideal para a satisfação pessoal. Da mesma forma, o mapa das diferentes etapas de vida e reorganização, exclusivamente dependente da terceira idade, não é razoável, pois implica uma reorganização total do ciclo de vida apenas graças à entrada nesse período, não contemplando os mais diversos elementos do percurso histórico. Além disso, a alteração dos termos de cada fase e a aquisição de uma linguagem numérica também não soma benefícios ao vocabulário atual (Silva, 2008).

Apesar da íntima ligação relativamente ao defendido por Laslett acerca da terceira idade e os seus ideais singulares para a formação da identidade característica da presente contemporaneidade, a realidade de cada individualidade vai depender do lugar que uma pessoa ocupa na sociedade e da sua pertença a classes e faixas etárias. É exatamente a definição coletiva na cultura subjetiva que permite a utilização desta na documentação

das vivências, dos pensamentos e das representações que alguém tem de si e dos restantes indivíduos. O que a define advém das características sociais que lhe atribuíram, do percurso da sua formação e do lugar que desempenha no imaginário cultural. Concluindo, a expressão social não só tem de existir, como é essencial para a sua caracterização, ainda que o caráter de decisão individual seja evidenciado por Laslett (Silva, 2008).

2.1.3.2. Terceira idade vs. velhice

Guita Debert (1999) (*vide* Silva, 2008) discute o que distingue velhice de terceira idade, contrariando os efeitos benéficos das representações do envelhecimento originadas pela própria experiência da singularidade da terceira idade e pela sua aceitação social. A autora defende a origem da terceira idade como um mecanismo de reorganização da velhice. Através desta identidade, surgiu a hipótese de experienciar o processo de envelhecimento como uma fase de glória e de satisfação na vida, ideal para a concretização de objetivos pessoais e de sonhos.

Com este mecanismo de reorganização do envelhecimento, os indivíduos que não reúnem as condições essenciais para a construção de uma velhice independente, satisfatória e dinâmica, definida com as características da terceira idade, são rotulados como debilitados e solitários, adotando uma forma de estar não ideal. Contudo, mesmo que essas representações denigrem o conceito de idoso, são uma hipótese de identidade para os que não estão inseridos na definição atribuída a terceira idade.

No entender de outros autores referidos em Silva (2008), o processo de reorganização do envelhecimento, representado pelo conceito da terceira idade, remove a questão dos idosos dos temas de conversa sociais, limitando a responsabilidade da sua gestão às características individuais e, desta forma, negando a velhice.

A designação «reinvenção» é usada para caracterizar uma sensibilidade diferente sobre o caminho que o idoso percorre, definindo a «personalidade» da terceira idade. Esta reestruturação consiste, simplesmente, na rejeição da velhice em si:

«Num contexto em que o envelhecimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividade motivadoras, da adoção de

formas de consumo e estilos de vida inadequados.» (Debert, 1999, citado em Silva, 2008)

Por outro lado, há quem atribua mais ênfase à uniformização da terceira idade, assim como ao sentido de proteção que existe entre o conceito de velhice e aquela, sintetizando sob a definição da terceira idade o processo de envelhecer. O termo *terceira idade* seria, assim, empregado de modo a uniformizar um conjunto de indivíduos com vivências distintas, num dado contexto social, em que a ideia de terceira idade «mascara uma realidade social em que a heterogeneidade económica e etária é muito grande» (Peixoto, 1998, citado em Silva, 2008). Alerta-se ainda para a diversidade de culturas que experienciam este processo, as quais podem servir de base à formação da definição da terceira idade.

Logo, defende-se que a identidade da terceira idade culminaria na ocultação de uma provável identidade da velhice e, desta forma, condicionaria a variabilidade de formas de estar na vida características do próprio envelhecer, ao englobar acontecimentos distintos da velhice e sintetizá-los sob um única categoria e uma dada identidade. A criação de uma identidade em particular requer a escolha de elementos específicos, a eliminação de outros e a sua delimitação em relação a outras identidades. Deste modo, não é errado questionar que a identidade da terceira idade englobe na sua caracterização um conjunto de rotinas, atitudes, crenças e representações, eliminando outras. Contudo, a sua introdução na sociedade permitiu uma vivência por parte do idoso anteriormente ausente, aumentando as opções de identificação dos indivíduos (Silva, 2008).

No entanto, juntamente com o seu aparecimento ocorre uma negação na identidade da velhice das ideias culturais e o aumento das hipóteses de existência e de identificação dos indivíduos é diminuto. É certo que uma tentativa de esconder ou até mesmo negar a identidade cultural da velhice pode culminar numa prevalência de representações benéficas da terceira idade. Assim sendo, interroga-se, na contemporaneidade, o caminho atual da identidade da velhice:

«No momento em que o “mercado grisalho” perpetua a busca pela juventude eterna, a realidade biológica da velhice propriamente dita é, cada vez mais negada. [...] A velhice propriamente dita teria substituído a morte como tema tabu no final do século XX?» (Blaikie, 1999, citado em Silva, 2008).

2.1.3.3. Os *baby-boomers*

Os indivíduos que se encontram a viver a experiência atual da terceira idade representam uma determinada época, usualmente designada por geração *baby-boomers*. Os elementos específicos desta geração são definitivamente condicionados pelo caminho que a mesma descobre quanto ao processo de envelhecimento, mas seria o necessário para compreender o conceito da terceira idade no seu conjunto?

Para Gillett e Higgs (2002) (*vide* Silva, 2008), a denominação específica desta geração é o fator principal para a caracterização desta identidade. Tendo por base o defendido por Laslett, procuram delimitá-la sob a forma de experiência descritiva e concetual. Para tal, avaliam três classificações sociológicas: classe, grupo de nascimento e geração.

A classe pode ser entendida na terceira idade como a experiência de uma determinada classe social, com saúde e condições financeiras estáveis. Contudo, apesar de a adoção de estilos de vida e de crenças estar associada à situação económica dos indivíduos, a transmissão de valores associados à classe social não é uma característica que diferencia esta identidade e, portanto, não seria uma explicação adequada para a terceira idade (Silva, 2008).

Em relação ao grupo de nascimento, é deduzível que o envelhecimento de uma geração favorecida seja equivalente à experiência da terceira idade. Os *baby-boomers*, nascidos após a Segunda Guerra Mundial, têm extrema importância na construção da nova terceira idade, pela sua participação na política, na cultura e na sociedade. A designação de grupo de nascimento não é suficientemente ampla para englobar as transformações culturais que se foram enraizando na sociedade durante a segunda metade do século XX.

As transformações culturais do pós-guerra tornaram a designação de grupo de nascimento em geração. O elemento que caracteriza uma geração é a partilha de localização temporal, histórica e sociocultural. Assim, a exposição de um indivíduo a um conjunto específico de experiências, juntamente com a consciência de que ocupa um determinado lugar numa dada geração, será a base da experiência geracional.

A geração que vive a terceira idade no final do século XX e início do século XXI apresenta características bastante definidas, as quais tornaram os *baby-boomers* num numeroso e influente grupo social e num amplo mercado consumidor.

Contudo, são os comportamentos que definem essa geração que se evidenciam como experiência cultural e podem exercer uma influência marcante para a identidade da terceira idade. Os traços característicos desta geração são a transformação, a renovação e o desafio, em todas as dimensões de vida dos indivíduos, desde a cultura, a política, até à intimidade, como se constata pelo percurso de vida dos *baby-boomers*.

O facto de esta geração apresentar como um dos seus principais comportamentos a transformação, exerce influência significativa sobre a criação da identidade da terceira idade. Ao alcançar as etapas mais tardias da vida, estes indivíduos, que lucraram com as melhorias na esperança de vida e nos recursos médicos, são visados por estratégias de *marketing* apelativas e começam a agir e a sentir de forma diferente. O facto de esta geração ter atingido a velhice reformulou o antigo conceito que se tinha desta, transformando-a na terceira idade (Silva, 2008).

Para Gillearn e Higgs, o facto de a geração atual ser a primeira a envelhecer gera importantes consequências para a formação a caracterização da identidade da terceira idade, ao carregar consigo os valores de uma «cultura jovem», produzidos nos anos 60. Da mesma maneira, a geração carregaria consigo uma consciência intergeracional que defende a liberdade pessoal, permitindo comportamentos mais próximos dos jovens. A identidade da terceira idade é portanto, consequência da experiência transgressora da geração dos *baby-boomers*. Desta forma, a identidade da terceira idade não é caracterizada como uma nova identidade etária, mas sim originada pela consciência geracional e somente como expressão desta.

No entanto, reduzir a caracterização da terceira idade à expressão da consciência geracional dos *baby-boomers*, como fazem Gillearn e Higgs e outros autores críticos de Laslett, pode atribuir uma desvalorização da sua importância enquanto identidade etária no imaginário coletivo. Assim sendo, pode-se considerar como critério distintivo a relevância cultural do seu aparecimento, a sua capacidade de criar novas experiências subjetivas e o amplo carácter que vem adquirindo na contemporaneidade (Silva, 2008).

2.1.4. A imagem na velhice

A formação da imagem na velhice está principalmente relacionada com o contexto económico e social e não apresenta uma ligação singular com a componente física. Assim sendo, define-se a velhice não apenas como uma expressão da subjetividade, mas

também como uma construção social, ou seja, uma realidade biológica associada profundamente ao contexto social e histórico. No seguimento desta visão, a velhice e a doença apresentam uma íntima relação com a ausência de juventude e do vigor seu característico, como consequência de um processo de formação social. A atenção excessiva atribuída ao corpo na sociedade atual, principalmente ao corpo forte e saudável, faz com que velhice transporte consigo um sentimento de desconforto, como consequência da sua fragilidade (Cruz & Ferreira, 2011).

Os idosos são confrontados com múltiplas perdas importantes ao longo da vida: a perda de papéis, o aparecimento de doenças, a morte de amigos e de familiares, a solidão, a viuvez, algo que normalmente tem repercussões negativas na autoestima do idoso, culminando em crise. O encarar dessa crise ocorrerá de forma positiva ou negativa, tendo em conta a posição que o indivíduo adotou ao longo da vida, as vivências das suas experiências e a relação com o meio social. As alterações fisiológicas resultantes do tempo, tais como rugas, postura encurvada, reflexos lentos, cabelos brancos, também têm efeitos na autoimagem do idoso, com possibilidade de consequências emocionais negativas. Perante estas mudanças, o indivíduo pode combatê-las e superá-las ou sentir-se incapaz para tal.

Os idosos, quando vivem a realidade da sua própria velhice, deparam-se com ideias preconceituosas e preconcebidas, solidamente materializadas e construídas, assumindo a velhice com negativismo (Cruz & Ferreira, 2011).

A relação da velhice com estereótipos associados à degradação biológica, utilizada para caracterizar o processo de envelhecimento durante anos, confere legitimidade à relação da velhice com a finitude. Esta relação afeta transversalmente indivíduos de classes socioeconómicas e culturais distintas, visto que a morte afeta igualmente todos os seres humanos vivos (Elias, 2001).

Esta situação preconceituosa vivida pelos idosos através da produção ideológica social é afirmada, na maioria dos casos, pelos jovens, o que demonstra a sua dificuldade na compreensão e altruísmo para com os velhos, ao evidenciar negativamente a experiência do envelhecer à medida que os idosos sentem a desvalorização nas trocas sociais, conforme defende Elias (2001). Desta forma, o velho, fora do seu ambiente social, tenta renascer para se manter ativo e valorizado.

Neste cenário, alguns idosos guiam-se pelo modelo normativo da velhice, usando a sua competência comportamental para aderir a uma velhice saudável. Este modelo é aceito e propalado pela sociedade atual, possibilitando a criação de uma identidade positiva e nova, em que há estímulo da adoção de práticas, de linguagem e de hábitos que permitem desfazer ou atenuar a associação entre a velhice e características estigmatizantes como doença, declínio ou falta de habilidade e ocultando assim, de alguma forma, o envelhecer. Neste contexto, decidir e agir representam a manutenção da autonomia e independência do idoso, facultades estas constantemente ameaçadas pela velhice (Cruz & Ferreira, 2011).

A imagem do idoso ativo está relacionada, na contemporaneidade, com a sua exposição pública, sobretudo, pela reinserção no mercado de trabalho e em diversas participações sociais em que são realçados os contactos dentro das gerações, possibilitados pelas iniciativas dos modelos da terceira idade. O que está aqui em causa é o seu envolvimento na sociedade complexa e individual e as suas hipóteses de circulação por variados mundos sociais, em que ocorre uma exposição externa do corpo a diversos olhares, bem como uma interpelação da subjetividade do velho quanto às suas atitudes e decisões. Nesse sentido, podemos observar períodos de velhice em convívio e outros que são construídos em «contramão», na direção do isolamento em casa e nos bairros. Na primeira situação, vemos um velho dinâmico que viveu a sua reforma em continuidade, relativamente à manutenção das relações e do convívio com o outro. O corpo é colocado em atividade, o que permite o contacto entre outras gerações e classes na rotina diária. Parar é entregar o corpo a uma velhice que o impede de se movimentar e de contactar com o outro. Existe uma identificação evidente do estigma do idoso inativo como algo que a sociedade não quer integrar (Delgado, 2010).

Já o idoso ativo que necessita de conviver desvenda no quotidiano provas de que, a todos os níveis, a mulher e o homem envelhecidos adquirem para si a responsabilidade do seu envelhecer. Existe, assim, uma experiência subjetiva, uma preocupação com os sinais visíveis do passar do tempo, que se reflete em formas de controlar o corpo, com o objetivo de manter algumas características que o classificam positivamente para ser «apresentado» na rua. A juventude surge então como alvo de competição, como algo a seguir e a valorizar (Delgado, 2010).

Relativamente a este aspeto, têm que ser considerados caminhos diferentes consoante o género. Para as mulheres, por exemplo, a atividade doméstica e a ajuda à família surgem como continuidade de uma vida ativa, sendo esta evidenciada pela participação em clubes de terceira idade, de dança, etc. A participação nessas atividades chama a liberdade, eliminando obrigações, por forma a experimentar novas funções sociais, a explorar novos locais e a atribuir funções desconhecidas ao corpo. A paragem do trabalho parece ameaçar a aproximação daqueles estereótipos, possivelmente por quebrar a dinâmica vivida durante a maior parte da trajetória, definida entre o espaço da casa e da rua. Verificar que «já passou da idade» para o mercado é entender uma forma de exclusão. Essa é uma das lutas mais marcantes com a própria velhice (Delgado, 2010).

Esta negação por parte do mercado envolve uma experiência do envelhecimento em que já não existe uma melhoria da imagem do corpo velho, o qual surge como limitante da inserção na sociedade e da realização das suas atividades, desafiando a rotina. Neste sentido, a velhice, nos seus absolutos limites corporais, constrói projeções para o futuro com base na insegurança, no medo do abandono por parte dos outros e da dependência.

Em relação à «contramão» da velhice, é evidente a solidão e o enraizamento em casa, evidenciando um lado do envelhecimento que é escondido pelo discurso da cidadania e da atividade. A entrada num mundo social exclusivo é, desta forma, uma proteção, sem necessidade de explicações e de confrontos, nem de um contacto com o exterior que requeira negociações.

As categorias interioridade/exterioridade atribuem importância ao simbolismo da experiência do velho em relação às imagens formadas socialmente. Estas colocam a hipótese de a experiência do envelhecimento ser formada entre barreiras que protegem/expõem o velho do olhar do mundo, criador de confrontos com o seu interior e com as suas relações (Delgado, 2010).

Apesar dos sentidos banais associados à velhice por homens e mulheres, existem significados distintos nestes. As mulheres dão mais relevância à questão da beleza e os homens, ao trabalho. Quando as mulheres fazem referência à beleza na velhice, referem-se ao fenómeno na sua complexidade, isto é, a beleza física e a social, deixando expresso que as culturas narcisistas exigem um corpo que transponha as barreiras temporais. Contrapondo esse ponto, Swain (2003) (citado em Fernandes, 2010) ressalta:

«no caminho da velhice, a queda da autoestima é proporcional à ênfase dada pelos discursos sociais aos jovens e juventude, sinónimos de felicidade, sucesso, prazer e inclusão».

Por outro lado, o feio é o que resta quando o belo desaparece, constituindo uma ofensa ao corpo idealizado tanto individualmente como no coletivo, de acordo com Feitosa (2004) (citado em Fernandes, 2010): «se a beleza se mostra na harmonia e na proporção, a feiura está relacionada à deformidade e à desmedida. Se a beleza é o esplendor da ordem, da simetria e do equilíbrio, a feiura é a instância do caos, da assimetria, do excesso».

No imaginário social, a associação da velhice com a beleza parece sempre incompatível. Nesse cenário, as mulheres idosas, perante o conflito entre as «marcas» vividas presentes no seu corpo e o esperado pela sociedade, descobrem na velhice o significado da «experiência», atribuindo um sentido positivo a essa fase, o que revela uma certa contrariedade, pois, apesar de relacionarem o processo com «uma rosa perdendo as pétalas», ou seja, algo feio e finito, consideram-se felizes por a terem alcançado e desta terem retirado experiências (Fernandes, 2010).

O que está em causa nas dimensões da atividade/inatividade e interno/externo, é, acima de tudo, uma revisão da vida do idoso, o encontro com as histórias vividas num mundo específico de cultura e, simultaneamente, a procura de relações e de espaços no mundo atual. O corpo consiste, assim, num elo a esse espaço temporal. O corpo dá unidade às muitas experiências vividas e, ao mesmo tempo, transforma-se e ocupa um lugar social, uma identidade determinada pela «razão prática coletiva e individual» (Mauss, 2003), representada no hábito (Delgado, 2010).

2.2. Autoperceção da saúde oral pelo idoso

A qualidade de vida na velhice tem ganho uma preocupação acrescida ao longo dos últimos trinta anos. Este facto deve-se a um maior número de idosos e ao aumento da longevidade, o que representa mais experiências vividas e partilhadas por uma maior quantidade de pessoas que habitam em sociedades distintas (Costa *et al.*, 2010).

A qualidade de vida é influenciada por diversos fatores, incluindo a saúde oral. Uma saúde oral adequada deve permitir uma mastigação eficiente, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos e ausência de dores orofaríngeas. Essencialmente, deve ser parte

integrante dos atos de falar e de sorrir, possibilitando a comunicação e, desta forma, melhorando a autoestima e diminuindo a quantidade de doenças.

A saúde oral está relacionada com a saúde geral, sendo imprescindível para o bem-estar, e é afetada pelas condições socioeconômicas e pelo acesso a informações e a serviços de saúde. O uso de indicadores clínicos para avaliar exclusivamente as condições de saúde oral é uma limitação (Silva *et al.*, 2011), visto que, para o paciente, os sintomas e as limitações funcionais e sociais resultantes da saúde oral é que são importantes (Costa *et al.*, 2010).

A atenção necessária para uma boa saúde oral necessita, no contexto individual e coletivo, de um processo dinâmico e uniforme de reconhecimento da influência desta nas mais variadas dimensões da vida. Botazzo (2006) sugere que se supere a visão restringida aos limites dento-gengivais e a relação saúde-doença através do reconhecimento da «produção social» inerente à saúde oral do ser humano. O conceito de saúde oral coloca a boca como território que, culturalmente, é apresentado de modo distinto, tornando-se objeto das ciências sociais e humanas. Assim sendo, consiste numa formação quotidiana que implica uma visão por inteiro do ser humano e das suas interações com os outros, com as organizações de saúde, com o meio envolvente e com a sociedade (Mello, 2007 e Mello & Moysés, 2010).

A saúde oral dos idosos é um fator imprescindível para a manutenção de uma boa qualidade de vida durante o envelhecimento, contudo, ainda não lhe é atribuída a devida importância. O quadro da saúde oral na terceira idade é o espelho das condições em que cada indivíduo vive e trabalha (Simões & Carvalho, 2009).

A maioria dos idosos encara a perda de dentes como um acontecimento natural do processo de envelhecimento. No entanto, sabe-se atualmente que esse pensamento deriva da falta de informação e de prevenção, culminando na falta de cuidado com a higiene. Este quadro precário deriva do processo de envelhecimento e acima de tudo ocorre devido a um conjunto de características do próprio processo que atingem os idosos de formas distintas. Os mecanismos essenciais para orientar o idoso consistem em fornecer as informações necessárias relativamente à higiene dentária, ao controlo do regime alimentar e à fortificação da superfície dentária, maioritariamente através do flúor (Simões & Carvalho, 2009).

Podem até atribuir-se diversos aspectos do organismo (estética, comunicação, digestão e mastigação) à ausência de dentes naturais. Um estudo revelou que existia um reconhecimento por parte dos idosos relativamente à importância da dentição própria, contudo, não entendiam como este fator poderia influenciar a sua saúde. Esta contradição reflete a visão «natural» que os idosos têm acerca das más condições orais (Costa *et al.*, 2010).

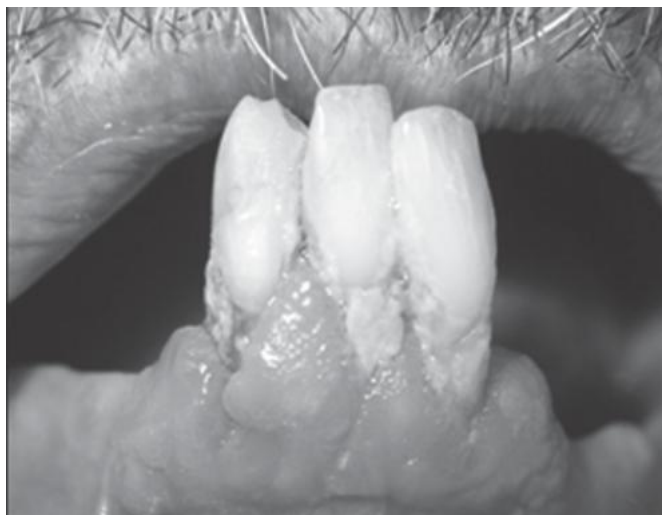


Figura 5. Estado clínico da cavidade oral de um idoso de 92 anos (Haikal *et al.*, 2009).

Porém, com o aumento da população idosa e a transformação do perfil epidemiológico, surge um «novo idoso», com necessidades orais distintas das da geração anterior, tais como o aumento do número de peças dentárias naturais, cáries radiculares e doença periodontal (Simões & Carvalho, 2009). No entanto, esta percepção dos idosos pode ser afetada por crenças, visto que algumas limitações e dores são incontornáveis nessa idade, ocorrendo, assim, uma superestimação da condição oral (Costa *et al.*, 2010).



Figura 6. Estado clínico da cavidade oral e da prótese utilizada por uma idosa de 76 anos (Haikal *et al.*, 2009).

A autopercepção da saúde oral tem um carácter multidimensional e consiste numa interpretação de experiências e de estados de saúde presentes no quotidiano. Tem por base conhecimentos e informações resultantes das transformações provocadas por experiências, normas sociais e culturais (Gilbert, 1994). A sua avaliação, e a da condição da saúde oral, são imprescindíveis pois dá-se assim uma moldagem das atitudes através da percepção que o indivíduo lhe atribui e da importância que lhe é conferida (Martins *et al.*, 2010).

Frequentemente, os idosos tendem a atribuir significados positivos à sua saúde oral, *inclusive* perante estados clínicos desfavoráveis, visto que as variantes associadas ao impacto que a saúde oral tem na qualidade de vida surgem associadas, maioritariamente, à autopercepção (Haikal *et al.* 2009). Desta forma, a principal justificação para a não procura dos serviços dentários por parte dos idosos consiste na ausência de percepção dessa mesma necessidade (Martins *et al.*, 2010).

Estudos colocam a hipótese de a autopercepção negativa relacionada com a saúde oral aumentar com a idade. Contudo, esta associação nem sempre é verificada. A relação entre género e autopercepção também não foi constatada, embora já tenha sido observada uma autopercepção mais positiva entre mulheres do que entre homens. Relativamente à cor da pele, estudos demonstraram que entre «brancos» foi mais evidente uma autopercepção da saúde oral mais positiva do que entre «não brancos». A escolaridade e facilidade de acesso a informação são fatores que também contribuem para uma autopercepção da saúde oral mais positiva (Martins *et al.*, 2010). Também se constata a relação entre variáveis relacionadas com o impacto da saúde oral na qualidade de vida a uma autopercepção negativa, essencialmente nas dimensões da dor, de limitações nas relações sociais, da mastigação e da estética (Haikal *et al.*, 2009).

Um estudo em que foram realizadas entrevistas a seis indivíduos permitiu constatar que cinco desses seis apresentavam uma autopercepção positiva em relação à sua saúde oral, sugerindo que o facto de os indivíduos terem a percepção da existência de problemas com a sua aparência não determina uma autopercepção negativa da sua saúde oral. Contudo, outros idosos que não mencionaram concretamente a presença de problemas com a sua aparência, na abordagem qualitativa relataram desconforto e desagrado no ato de sorrir e de serem fotografados. Tendo em conta que os exames clínicos são normalmente efetuados de forma puramente quantitativa, este tipo de situação não é

verificável. Tal constatação permite concluir que o número de idosos que é afetado na sua qualidade de vida devido à sua aparência oral é superior ao que se conhece verdadeiramente. O relato seguinte demonstra esta constatação:

«Sei que todas as pessoas devem tirar fotografias a sorrir. Sinto-me frustrado por não ter dentes, fico acanhado, mas tenho vindo a trabalhar para superar isso. Tenho que me acostumar porque não vou ter dinheiro para solucionar, mas não vou deixar de sorrir por isso» (sexo masculino, 62 anos) (**Figura 7**) (Haikal *et al.*, 2009).



Figura 7. Estado clínico da cavidade oral de um idoso de 62 anos (Haikal *et al.*, 2009).

A inacessibilidade aos serviços dentários criou no idoso um estado de conformação perante os problemas orais. O idoso, ao permanecer sem tratamento, possivelmente adquiriria com o tempo uma autoperceção positiva, visto que pararia de combater aquilo que acredita não ser capaz de alterar. Conformado é «aquele que se acomoda com infortúnios, desconfortos, desgraças» (Ferreira, 1999), abarcando consigo o sentimento de uma situação indesejável. Por outro lado, a aceitação refere-se ao «facto de aceitar-se com naturalidade e conformação qualquer sofrimento ou infortúnio» adquirindo assim uma perceção predominantemente natural e não indesejável. Estes estados distintos, conformação e aceitação, parecem contribuir, em junção com a autoperceção positiva, perante situações clínicas precárias, como é visível no discurso seguinte: «Os dentes da frente ainda aqui estão, embora enegrecidos e velhos não é? Mas não vão aparecer na fotografia. Melhor sorrir com os dentes assim do que ficar com a cara fechada, carrancuda» (sexo feminino, 78 anos) (Haikal *et al.*, 2009).

Apesar de os idosos identificarem algumas condições clínicas ou aspetos da cavidade oral que necessitem de tratamento, estes não se referem a elas como algo que tenha de ser melhorado ou corrigido, revelando assim uma baixa autoestima e uma aceitação natural perante as limitações relacionadas com a cavidade oral. Constata-se que o idoso se torna mais tolerante com os problemas que surgem ao nível da cavidade oral ao longo da sua velhice, sendo responsabilidade dos profissionais orientá-lo para a compreensão de que doenças orais e desconfortos não são mudanças naturalmente inevitáveis e aceitáveis do processo de envelhecimento, mas sim resultantes do desenvolvimento e instalação de processos patológicos que devem ser identificados e tratados através da adoção de uma postura participativa e efetiva (Haikal *et al.*, 2009).

A baixa expectativa dos idosos relativamente aos tratamentos dentários e as suas convicções de que a visita ao dentista é apenas importante para quem tem dentes representam uma forte barreira ao uso desses serviços, favorecendo a baixa proporção de idosos (40%) que usufruem dessa prestação de cuidados.

«Dentista para quê? Já não tenho dentes. Não há razão para ir agora» (sexo feminino, 88 anos, autoperceção positiva) (Haikal *et al.*, 2009)



Figura 8. Estado clínico da cavidade oral de uma idosa com 91 anos (Haikal *et al.*, 2009.)

O recurso à «autoridade das expectativas baseadas no costume» (Thompson, 1998) valoriza a comunicação com o conhecimento médico, disponibilizando subsídios. Este é um dos fatores responsáveis pelos conflitos registados em relação à autoridade para

tratar o corpo feito de vivências e de experiências e que reivindica a sua independência, criando um confronto de moralidades e de definição de identidade, em que as decisões são tomadas tendo por base o hábito que as torna pertinentes numa dada situação, sendo referenciadas pelo contexto social (Delgado, 2010).

A preferência pelas suas estratégias alternativas evoca a revisão da vida, a experiência, com base na sua sensibilidade prática perante o mundo. A recorrência a hábitos antigos, forjados nas vivências diárias, indica que, para o velho, é mais fiável e seguro o território dos costumes experienciados na prática e negando a exposição a arenas desconhecidas. Eles apresentam-se como conhecedores do seu corpo e da sua saúde, cuja eficácia é demonstrada pela sua própria condição (Delgado, 2010).

Frequentemente, os idosos não se sentem revoltados com as precárias condições orais nem mesmo com as limitações resultantes das mesmas. Aqueles que gostam de cantar, sorrir, conversar não vão ser inibidos ou limitados pela falta de dentes ou por uma prótese instável, se tiverem oportunidade e o quiserem fazer. Sentem-se invadidos por um estado de inércia, ao aguardarem a morte. Desta forma, existe uma aceitação da deterioração do seu quadro de saúde oral ao acreditarem que não merecem ou que não é possível melhorarem a sua condição. Este sentimento de aceitação perante a deterioração e a consciência de que as suas capacidades se encontram cada vez mais limitadas cria uma proximidade com o fim e uma visão da morte como algo certo. Tal sentimento permite que os seus corpos «morram em vida».



Figura 9. Estado de uma prótese utilizada por um idoso com 70 anos (Haikal *et al.*, 2009).

2.3. O sorriso

Ao imaginar duas pessoas frente a frente pela primeira vez num contexto social, sem saberem nada uma sobre a outra e sendo ambas afetadas pelas suas próprias decisões, como será a atitude e o julgamento de cada uma perante o seu parceiro?

Cada pessoa apresenta características individuais expressas através da sua postura, linguagem e expressões faciais transmitindo, assim, sinais intencionais que providenciam informações e influenciam escolhas. São desempenhadas diversas ações, individuais e propositadamente tomadas, com conhecimento das suas consequências e que, aparentemente, parecem ser irracionais. Desta forma, colocam-se numa posição de expectativa perante uma presumível ação recíproca (Scharlemann *et al.*, 2001).

O uso das expressões faciais nas interações sociais entre os primatas já era bem evidente e encontra-se documentado (Andrew, 1963; Van Hooff, 1972 e Waller & Dunbar, 2005). Alguns autores sugerem que a variedade e a flexibilidade do comportamento facial dos primatas resultam da evolução de pressões impostas, resultantes da intervenção de fatores ecológicos e sociais (Preuschoft & Van Hooff, 1997). Isto implica que a maioria dos comportamentos faciais apresente aspetos particulares de interação social em relação a condições ecológicas específicas (Hinde, 1985 e Schmidt & Cohn, 2001).

Se virmos o sorriso como um sinal biológico, como é que este poderá funcionar como um *handicap*? Pelo menos duas formas poderão ser relevantes para o sorriso. Por um lado, o sorriso pode ser produzido dependendo do estado do «dador», gerando um sorriso indiscriminado e que preserva o benefício da resposta. Por outro lado, pode ser produzido através de sinais fáceis de concretizar e genuínos, expondo assim o «dador» (Scharlemann *et al.*, 2001).

A discriminação entre os diferentes tipos de sorriso é importante na identificação do tipo de relações entre os indivíduos, uma vez que ajuda na exploração das características sociais individuais (Brown & Moore, 2002). O sorriso espontâneo pode desempenhar um papel crucial a respeito dessas interações, visto que a ativação dos músculos em torno dos olhos ocorre perante emoções e é de controlo involuntário (Ekman & Friesen, 1982). Pesquisas sugerem que o sorriso espontâneo consiste num importante indicador de atitudes altruístas pois envolve movimentos faciais que não são fáceis de reproduzir

(Brown, Palameta & Moore, 2003). Como reforço desta teoria, foi verificada nas expressões faciais que transmitiam generosidade a presença de subtis movimentos na região dos olhos. Assim sendo, é possível concluir que os movimentos faciais, como a ativação dos músculos em torno dos olhos, refletem disposições concordantes com o desenvolvimento de relações cooperantes, como o altruísmo e emoções positivas. Desta forma, este tipo de sorriso é frequentemente utilizado em interações de partilha, esperando-se uma mudança do estado interior do recetor por forma a desenvolver uma relação positiva (Mehu, Grammer & Dunbar, 2007).

2.3.1. O sorriso ideal

Margaret Hungerford escreveu em 1878 que «a beleza é o conjunto aos olhos de quem a vê», ou seja, é subjetiva. O sorriso ideal é, assim, quase impossível de definir, visto que existem muitas variações entre indivíduos, idades, culturas e civilizações. Apesar destas diferenças, os meios de comunicação tendem a representar uma imagem quase uniforme do sorriso ideal, como uma fileira de dentes perfeitamente alinhados envoltos por brilhantes lábios vermelhos. O sorriso ideal também é associado à percepção de boa saúde e de sucesso e, para o alcançar, é necessário que o clínico combine a ciência dos princípios estéticos com a criatividade artística, de modo a caracterizar a personalidade individual (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.1. O lábio

a) Em repouso

Os lábios estão em repouso ou em posição estática quando se encontram entreabertos, com os dentes fora de oclusão e a musculatura perioral relativamente relaxada (Ahmad, 2005), sendo idealmente visíveis 2 a 4 mm do incisivo superior. Os fatores que influenciam o grau de exposição dos dentes, com o lábio em repouso, são o comprimento do lábio, a idade, a raça e o sexo. O comprimento do lábio superior varia entre 10 a 36 mm, com uma média de 20 a 22 mm, medidos a partir da base do nariz até à aresta do lábio superior (Rikfin, 2000).

A idade de uma pessoa também influencia o grau de exposição visto que do processo de envelhecimento resulta uma perda de tonicidade dos músculos faciais e a redução da elasticidade do lábio superior. Como consequência deste processo ocorre uma redução da visibilidade dos dentes do maxilar e um aumento de exposição dos dentes

mandibulares. O género também influencia a exposição dentária, ocorrendo nas mulheres uma exposição mais significativa do que nos homens (Sharma & Sharma, 2012).

b) Em função

Em função, os lábios podem produzir dois tipos de sorriso. O sorriso voluntário, que é bastante reproduzível e que pode não estar ligado a emoções. O sorriso espontâneo, que é involuntário e está frequentemente associado a emoções, envolve movimentos faciais maiores, incluindo o cerrar dos olhos e a elevação máxima dos lábios (Gill, Naini & Tredwin, 2007).

A extensão da exposição dos dentes durante um sorriso é influenciada pelo padrão esquelético, a mobilidade e o comprimento do lábio e o tamanho e a posição dos dentes. As linhas de sorriso superiores e inferiores podem ser descritas como elevadas, baixas ou médias. A linha de sorriso baixa irá exibir o terço incisal a metade do dente abaixo do limite inferior do lábio superior ou inferior. A linha de sorriso médio irá exibir os dentes na sua totalidade, assim como a papila interdentária e 1-2 mm da margem gengival. A linha de sorriso alta, também descrita como «sorriso gengival», expõe uma grande porção de tecido mole, que se estende desde o bordo inferior do lábio à margem da gengiva livre. A linha média do sorriso é considerável a mais desejável, com uma exposição nominal de 1-2 mm da margem gengival (Sharma & Sharma, 2012).

No âmbito dos lábios, a harmonia e a simetria entre os tecidos gengivais e a dentição fazem a estética de um sorriso. É de grande importância o desenvolvimento de um paralelismo entre o tecido gengival, os dentes, os lábios e o resto da face. Qualquer perturbação nessa harmonia linear resultará em assimetria e num sorriso pouco atraente (Sharma & Sharma, 2012).

A linha média dentária, a qual faz o ponto central na estrutura do lábio, também tem a sua importância. Alcançar a harmonia e o equilíbrio na dentição anterior, de ambos os lados da linha média, proporciona uma sensação de simetria. Na composição de um belo sorriso, esta simetria entre o lado direito e o esquerdo dá origem a um sorriso atraente (**Figura 10**) (Sharma & Sharma, 2012).



Figura 10. Simetria de um sorriso (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.2. O arco do sorriso

O arco do sorriso é definido como a relação da curvatura dos bordos incisais dos incisivos superiores com a curvatura do rebordo inferior durante um sorriso (Sarver, 2001). Num sorriso estético, os bordos incisais dos dentes maxilares anteriores devem seguir um percurso ligeiramente convexo, que coincide com a curvatura do lábio inferior (**Figura 11**). A curvatura incisal deve ser paralela e apenas acima do nível do lábio superior. Durante um sorriso moderado, os incisivos laterais devem idealmente permanecer a uma distância de 0,5-1,5 mm desde o lábio inferior, enquanto os incisivos centrais e os caninos devem estar em relação com a linha do lábio inferior (Sharma & Sharma, 2012).

Com a idade, o plano dos bordos incisais dos dentes anteriores da maxila é frequentemente achatado ou mesmo invertido. Isto pode ocorrer devido a um desgaste dentário ou outra patologia dentária, má técnica restauradora ou padrões de erupção dentária alterados. Esta falta de harmonia e de paralelismo entre o lábio inferior e os dentes conduz a uma perda de uniformidade na perspetiva dento-facial (Sharma & Sharma, 2012).



Figura 11. Arco do sorriso (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.3. Linha média dentária

A linha média dentária deve coincidir com a linha média facial. Contudo, na realidade, o maxilar da linha média dentária coincide com a linha média facial em apenas 70% da população. Felizmente, a literatura refere que, de todos os parâmetros estéticos, as anormalidades da linha média são as que menos se têm verificado (Johnston, Burden & Stevenson, 1999).

Discrepâncias maxilares da linha média dentária em apenas 2 mm são frequentemente verificadas, assim como a incorreção do ângulo axial do incisivo. Contudo, se visualmente a junção dos incisivos centrais superiores está num ângulo denominado *canted plane*, pode ter um impacto significativamente negativo no resultado estético final (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.4. Tecidos gengivais

Os tecidos gengivais formam a estrutura do tecido mole em torno de cada dente. Os tecidos gengivais moles saudáveis têm a gengiva livre que se estende desde a margem coronária da gengiva livre até à gengiva do sulco apical e, quando queratinizada, tem uma superfície opaca rosa. A gengiva inserida estende-se desde o sulco gengival livre, coronalmente, à junção muco-gengival, de cor rosa e textura firme. Esta é queratinizada e pode ser de textura pontilhada ou lisa. A mucosa alveolar encontra-se apicalmente à junção muco-gengival, de aparência mais escura (Sharma & Sharma, 2012).

A estética gengival depende do equilíbrio das margens gengivais dos incisivos centrais para os caninos. Os incisivos centrais devem ser o espelho um do outro na sua arquitetura gengival e o contorno dos incisivos laterais deve localizar-se mais coronalmente do que o dos incisivos centrais e caninos, apresentando uma simetria bilateral. Este cenário ideal representa uma classe I, relativamente às variações de altura gengival (Rufenacht, 1990). Contudo, podem ocorrer variações de posição da margem dos incisivos laterais, em que o contorno gengival fique situado apicalmente em relação ao centro dos incisivos e caninos – classe II. Os caninos, por sua vez, devem, idealmente, ter um nível da margem da gengiva livre à mesma altura que a dos incisivos centrais e uma outra correspondente (**Figura 10**) (Sharma & Sharma, 2012).

Ao avaliarmos a margem gengival livre, os incisivos laterais superiores e inferiores devem exibir uma forma semicircular. Os incisivos centrais superiores e os caninos apresentam uma forma gengival mais elíptica, com o ponto mais apical do contorno gengival posicionado à distal do eixo longitudinal do dente, o qual é denominado zénite gengival (Sarver, 2004). Este ponto, ao nível dos incisivos laterais superiores e inferiores, é normalmente situado no centro do longo eixo do dente. A posição do ponto zénite, individualmente em torno de cada dente, está relacionada essencialmente com a morfologia do dente e corresponde à área de máxima convexidade do dente ao nível da margem da gengiva livre (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.5. Forma dos dentes

Em termos geométricos, os dentes podem apresentar forma quadrada, ovoide ou triangular. Dentes quadrados são caracterizados por linhas retas a mesial e a distal, transições de linhas de ângulos paralelas e lobos (**Figura 12**). Estes dentes têm uma grande área cervical e os bordos incisais são geralmente retos. Dentes ovóides são caracterizados por contornos curvos a mesial e a distal, com linhas de ângulos de transição suave. A convergência de incisal para cervical resulta numa área cervical estreita e os bordos incisais mais arredondados (**Figura 13**). Dentes triangulares são caracterizados por um contorno linear, com linhas de transição de ângulos marcadas e lobos. Existe uma convergência mais proeminente de incisal para cervical, especialmente no contorno distal, que é claramente inclinado, uma estreita zona cervical e os bordos incisais ligeiramente curvos (**Figura 14**) (Miller, Bodden & Jamison, 1979).

Relativamente aos dentes anteriores, Williams (1914) sugeriu que as suas formas de base eram a inversão da vista frontal da face. Frush & Fisher (1955) sugeriram que o sexo, a idade e a personalidade do indivíduo também deviam ser considerados ao relacionar a forma do segmento anterior. Geralmente, os pacientes mais novos têm incisivos com os bordos incisais não muito nítidos, enquanto os pacientes mais velhos apresentam um maior desgaste do bordo incisal. Nos indivíduos do sexo feminino, o dente apresenta uma forma arredondada mais suave, enquanto os indivíduos do sexo masculino apresentam umas linhas de ângulo mais definidas (Sharma & Sharma, 2012).



Figura 12. Dentes de forma quadrada. (Sharma & Sharma, 2012).



Figura 13. Dentes de forma ovoide (Sharma & Sharma, 2012).



Figura 14. Dentes de forma triangular (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.6. Tamanho e proporção dos dentes

Um arranjo simétrico dos dentes com a dominância apropriada dos mesmos oferece uma sensação de proporcionalidade importante no estabelecimento de um sorriso estético. A altura e a proporção de cada dente são critérios a ser considerados na criação de um belo sorriso (Sharma & Sharma, 2012).

O tamanho dos dentes e a proporção estão sujeitos a uma grande variação individual, apresentando *inclusive* alterações ao longo da vida na mesma pessoa, devido a um desgaste dentário fisiológico e patológico (Sharma & Sharma, 2012).

Como afirmou Lombardi, «assim como a unidade é o requisito primordial de uma boa composição, dominância é o requisito primordial para fornecer unidade» (Lombardi, 1973). O incisivo central superior deve ser o dente dominante de um sorriso. Resultados de um estudo realizado por Sterrett *et al.* (1999) revelaram que o incisivo central superior idealmente deve ter uma proporção largura-comprimento de cerca de 0,75-0,85. Um rácio inferior a 0,6 criaria um dente estreito e longo e um rácio superior a 0,85 resultaria num dente amplamente curto. Em média, o incisivo central deve apresentar valores entre 9,5 e 10,2 mm de comprimento e 8,1 e 8,6 mm de largura.

A literatura dentária descreve o uso de modelos matemáticos como a «proporção áurea» para determinar a largura méso-distal ideal do incisivo central e lateral e o aspeto mesial do canino (Levin, 1978). Conforme definido pela proporção áurea, a proporção de 1 é atribuída ao incisivo lateral relativamente à largura méso-distal. Os incisivos centrais apresentarão uma proporção de 1,616 e os caninos uma razão de 0,618 quando comparados com os incisivos laterais (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.7. Inclinação axial

O longo eixo dos dentes anteriores superiores deve seguir uma progressão distal a partir da linha média. Quando o longo eixo da ponta do dente vai desde a linha média em direção apical à margem coronária, o dente é descrito como tendo uma inclinação mediana. Se o longo eixo das pontas dos dentes se afasta da linha central do dente, este apresenta uma inclinação distal. Quando as inclinações axiais dos dentes anteriores do maxilar apresentam uma inclinação para mesial da linha média, o resultado estético é mais agradável. Dentro de um sorriso estético, o grau de inclinação axial irá variar de dente para dente. Os incisivos centrais superiores devem apresentar uma simetria

bilateral e dominar o sorriso. A partir dos incisivos centrais, à medida que nos afastamos da linha média, o grau de inclinação mesial deve aumentar progressivamente (**Figura 10**) (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.8. Progressão de sombra

Dos três componentes da cor, o valor ou brilho é o elemento mais crítico, seguido do croma (intensidade ou saturação da cor) (Sproull, 1973). A tonalidade (a cor em si) é de menos importância crítica devido à baixa concentração de cores em tons de dente. A tonalidade da cor e dos dentes anteriores superiores segue uma progressão, no mesmo dente, de cervical para incisal e também de dente para dente, com base na distância a partir da linha média (Sharma & Sharma, 2012).

Os incisivos centrais superiores são geralmente os dentes mais claros e brilhantes do sorriso, o que também ajuda a melhorar a sensação de dominância destes (Goodkind & Schwabacher, 1987). O incisivo lateral superior tem uma tonalidade semelhante à dos incisivos centrais, contudo, pode apresentar um valor um pouco menor. Os caninos apresentam maior saturação e croma, mas têm o valor mais baixo do que qualquer outro dente anterior. Os pré-molares têm um valor semelhante ao dos incisivos laterais e são mais claros do que os caninos (Morley & Eubank, 2001).

Como já foi mencionado, o valor é o componente mais importante da cor e deve ser tido em maior consideração durante a seleção da sombra do dente. O valor do brilho varia em diferentes regiões de um mesmo dente, assim como de dente para dente. O terço médio do dente é geralmente o mais brilhante, seguido do terço cervical. O terço incisal tem o valor mais baixo devido a uma maior transparência e capacidade de absorção de luz desta área (Ruel-Kellerman, 1987).

2.3.1.9. Espaço conector e áreas de contacto

O espaço de conexão é definido como a área onde os dentes anteriores adjacentes parecem contactar, enquanto a área de contacto é o ponto onde os dentes verdadeiramente contactam. O espaço de conexão é uma área ainda maior do que a área de contacto e, num sorriso ideal, existe uma relação entre os dentes anteriores referida como a regra de 50-40-30 (Morley, 2000).

O espaço conector ideal entre os incisivos centrais é 50% do comprimento das coroas; entre o incisivo central superior e os incisivos laterais é 40% do comprimento da coroa do incisivo central; e entre os incisivos laterais e os caninos é 30% do comprimento do incisivo central. Os pontos de contacto reais são geralmente áreas menores e encontram-se coronariamente entre os incisivos centrais, com tendência a progredir para apical desde os incisivos para a restante dentição (Sharma & Sharma, 2012).

2.3.1.10. Ameias incisais

As ameias incisais são definidas como os espaços desenvolvidos entre os dentes anteriores do maxilar como resultado da separação e dos bordos dos dentes. Este espaço pode ajudar a definir os dentes individualmente e a melhorar a estética (Sharma & Sharma, 2012).

Foulger *et al.* (2010) mostraram que a falta de ameias tem um impacto significativamente negativo na estética do sorriso. Outra conclusão do seu estudo é que o aumento para distal a partir da linha média do arranjo do espaço incisal, em tamanho e em volume, foi considerado como sendo o mais estético, apresentando a forma de um «V» invertido (**Figura 15**).



Figura 15. Ameias incisais. Forma de um «V» invertido, aproximadamente, e aumento progressivo de volume e tamanho para distal a partir dos incisivos centrais (Sharma & Sharma, 2012)

2.3.2. **Diferenças do sorriso com a idade**

A importância de um sorriso atraente é inquestionável. Esta atratividade desempenha um papel fundamental e foi verificada a sua relação com decisões de recrutamento de emprego, suscetibilidade a pressões de grupos, impressões iniciais, votações e decisões de jurados e interações sociais (Stevenage & Mckay, 1999 e Sneddon, 1980).

Num estudo recente, que envolveu a autoavaliação dos pacientes, estes classificaram os dentes e os olhos como as características mais importantes de uma cara atraente (Jornung & Fardal, 2007).

Ackerman, Ackerman, Bresinger & Landis (1998) comentaram que um sorriso atraente é um requisito para vencer eleições e vender produtos de empresas cuja mensagem subliminar seja «cuide de si, sintá-se melhor».

Investigadores estudaram as mudanças relacionadas com a idade visíveis nos lábios (Peck & Peck, 1992) e na exposição dos incisivos superiores (Dong, Jin, Cho & Ho, 1999) (Vig & Brundo, 1978). Os lábios são submetidos a algumas alterações previsíveis relacionadas com a idade e que, conseqüentemente, afetam a exibição dentária. É tida como exemplo a atrofia muscular que resulta numa diminuição de volume, perda de forma e alongamento do lábio. Estas características são importantes para um tratamento mais objetivo e específico em pacientes mais velhos.

A posição do lábio descontráído é determinada por músculos. Estes músculos são inervados pelo sétimo nervo craniano, o qual está intimamente relacionado com o sistema nervoso autónomo e tem ligações a um nível mais elevado com o hipotálamo. Isto significa que o estado emocional pode influenciar a contração ou ausência de contração das fibras musculares do lábio.

Estudos revelaram que o comprimento do bordo superior do lábio, em repouso, tem tendência para aumentar 1,11 mm com a idade, embora sem significância estatística. Da mesma forma, foi demonstrado que existe um pequeno aumento de 0,83 mm dos 18-42 anos de idade. Por outro lado, a exibição dos incisivos superiores durante o sorriso apresenta uma diminuição significativa depois dos 40 anos de idade (Formby, Nanda & Currier, 1994). Resultados obtidos por Vig & Brundo (1978) demonstraram uma diminuição da exposição dos incisivos superiores, de cerca de 3,41 mm entre os 29 e os 60 anos de idade. Dong *et al.* (1999) examinaram a exibição dos incisivos superiores tanto em repouso como a sorrir e descreveram uma diminuição de exibição dos mesmos

de cerca de 2,5 mm em repouso e de 2 mm a sorrir entre os 20 e os 29 anos e os 60 e os 69 anos de idade. No entanto, não foi encontrada nenhuma correlação entre o comprimento do lábio superior em repouso e a exposição dos incisivos superiores no sorriso. Peck, Peck & Kataja (1992) também não encontraram correlação entre o sorriso gengival e o comprimento do lábio em repouso, em grupos de referência. Contudo, em estudos separados, Singer (1974) e Peck & Peck (1995) relataram que pessoas com sorrisos gengivais apresentavam lábios mais longos em repouso. Uma vez que o comprimento do lábio superior em repouso não se encontra relacionado com a exposição incisal maxilar durante o sorriso, isso levanta uma questão óbvia: o que causa a exposição incisal maxilar a sorrir? (Desai, 2009)

Estudos demonstraram que a alteração no comprimento do lábio superior, do estado de repouso para o sorriso, tende a aumentar em média, entre os 15 e os 39 anos de idade, 0,46 mm seguido de um decréscimo de 0,92 mm entre os 40 e os 49 anos de idade, em comparação com o grupo com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, e 0,46 mm quando comparado com o grupo com idades entre os 15 e os 19 anos. Este estudo sugere, portanto, que a partir dos 40 anos de idade existe uma diminuição na capacidade de os músculos elevarem o lábio superior de cerca de 2 mm. Através da observação do comprimento do lábio superior em repouso e a sorrir, verificou-se uma média de 1,57 mm a 2,03 mm a menos de exposição dos incisivos durante o sorriso com o avançar da idade. Este facto contribui para o olhar lançado sobre uma pessoa envelhecida quando os dentes anteriores do maxilar são ocultados pelo lábio superior durante o sorriso. Além disso, a espessura do lábio em repouso e a sorrir também diminui 1,62 mm e 0,87 mm, respetivamente, entre os 15 e os 50 anos de idade, caracterizando os lábios finos típicos das pessoas envelhecidas (Desai, 2009).

Relativamente às comissuras labiais, estudos demonstraram quedas significativas de 12 mm a partir dos 15-19 anos de idade e 9,01 mm a partir dos 50 anos. Estes dados fornecem evidências de como o sorriso tende a ficar transversalmente mais largo e verticalmente mais estreito. Esta hipótese é reforçada pelo aumento do espaço do corredor bucal cerca de 4% com a idade. Um estudo recente que avaliou a estética do sorriso a partir de imagens de sorriso, digitalmente alteradas, demonstrou que o sorriso escolhido, por pessoas comuns, como o mais atraente foi aquele que apresentava corredores bucais mínimos (Moore, Southard, Casco, Quian & Southard, 2005).

Contudo, existem pontos de vista contrários. Estudos demonstram que a largura da comissura labial em repouso aumenta com a idade 2,71 mm a partir dos 15-19 anos de

idade até aos 50 anos. Estes resultados foram consistentes com a ideia de que a atividade e a função dos músculos envolvidos no sorriso diminuem com a idade. A perda de elasticidade da pele e de volume também podem contribuir para o aumento de rugas na zona das comissuras labiais, o que torna difícil a sua identificação (Desai, 2009).

Relativamente à altura do sorriso, com a idade, o lábio superior exibe menos os incisivos superiores durante o sorriso. Algumas pessoas que na juventude apresentavam sorrisos altos desenvolvem, com o passar do tempo, sorrisos de altura média, enquanto pessoas com sorrisos de altura média acabam por desenvolver sorrisos baixos. Descobriu-se que o sorriso mais atraente era aquele em que a altura do lábio superior se situava ao nível da margem gengival dos incisivos centrais superiores.

Na sequência de um estudo, foi observado que, com a idade, as pessoas estão mais propícias a sorrir com o lábio inferior cobrindo os bordos incisais dos dentes anteriores superiores. Este facto pode ser explicado pelo facto de que, à medida que as pessoas envelhecem, se tornam mais autoconscientes da sua dentição e não querem mostrar os dentes (Desai, 2009).

III. Conclusão

A análise presente neste trabalho demonstra que o envelhecimento é encarado como um processo natural e social que afeta indivíduos singulares, indivisíveis, que, no seu real conjunto, enfrentam problemas de ordem económica, biológica e sociocultural, os quais individualizam a sua velhice.

As respostas dos idosos perante as situações que surgem são reativas, face à sociedade e à cultura em que vivem e dependendo das representações ou imagens por elas exigidas.

A imagem que a sociedade tem dos idosos é tão preconceituosa, que torna inaceitável a necessidade que estes têm de ser compreendidos, vistos e desejados. Não é pela sua velhice que deixam de precisar de atenções, não obstante, podem desistir de receber do outro um olhar positivo, especialmente no que se refere à aparência. Como referido por Oscar Wilde, «a vida imita a arte muito mais do que a arte imita a vida».

No entanto, o indivíduo interioriza as situações e a elas reage, o que insere a velhice numa pluralidade de experiências individuais. Existe, portanto, uma necessidade de desfazer os obstáculos contra as práticas dos idosos, para que todos os indivíduos, independentemente da sua idade, possam sentir-se confiantes e confortáveis consigo mesmos e com a sua aparência.

As representações da velhice estão mais relacionadas com os fatores psicológicos e os traços de personalidade atribuídos aos idosos do que com as alterações físicas. Estas representações vão ter influência no modo como os velhos olham para si próprios, provocando sentimentos de medo e obrigando-os a desenvolver mecanismos de negação – além de criarem neles expectativas sobre as características próprias dessas mesmas representações.

A sociedade tem, porém, tentado modificar os conceitos no que se refere à velhice e ao processo de envelhecimento. Atualmente, incentiva-se a sua compreensão, promovendo uma atualização e possibilidades de participação ativa dos idosos no quotidiano.

A velhice apresenta inúmeros desfechos quanto ao seu processo, os quais dependem dos caminhos escolhidos e das características do envelhecimento.

Os idosos enfrentam as consequências inevitáveis do envelhecimento maioritariamente como um problema natural e incorrigível. Muitos deles relatam que o deficitário estado clínico não os impossibilita de conviver socialmente, mastigar em ambientes públicos, cantar e expressar a sua felicidade através do sorriso, mesmo sem dentes.

A qualidade de vida na velhice não dispensa uma saúde oral adequada, contudo esta é o reflexo das condições a que cada indivíduo está exposto e espelha a falta de orientação e as suas vulnerabilidades, tanto sociais como pessoais. A associação entre saúde oral e fragilidade biológica é complexa. A saúde oral de idosos fragilizados pode piorar a sua qualidade de vida em função da maior dificuldade de acesso a tratamentos dentários, podendo causar sérios problemas nesta área, incluindo o comprometimento funcional, o que resultará numa autoavaliação da própria saúde oral como negativa.

A sociedade, atualmente, desenvolve uma imposição do aspeto jovem e saudável e cada vez mais existe uma crescente preocupação transversal por parte das pessoas no que se refere à aparência facial, nomeadamente, ao sorriso.

Os dentes são essenciais à beleza de um sorriso, o qual gera um impacto considerável na atratividade e na definição da personalidade de cada um, sendo essencial tanto nas intercomunicações sociais como psicológicas.

A expressividade do sorriso é reconhecida desde muito cedo enquanto sinal particular e efetivo. Os humanos são universalmente sociais e tendem a viver em grupos em que partilham e expressam as suas vivências e as suas emoções. As expressões desempenham, assim, um papel fulcral nessas interações, sendo o sorriso a chave da integração e da partilha e tendo a capacidade de gerar impacto no comportamento e nas decisões dos outros.

Desta forma, é imprescindível para a qualidade de vida dos idosos o cuidado e a preocupação com o estado da saúde e da estética oral numa sociedade cada vez mais exigente e seletiva na aceitação dos mais fracos, onde o bonito e o saudável prevalecem sobre o idoso esquecido e vulnerável. Logo, há uma necessidade de transformação e de adaptação perante estas imposições para quem quer continuar a viver e a ser aceite na sociedade contemporânea, combatendo a proximidade do início do fim.

IV. Bibliografia

Ackerman, J. L., Ackerman, M. B., Bresinger, C. M. & Landis, J. R. (1998). A morphometric analysis of the posed smile. *Clinical orthodontics and research*, 1:2-11.

Ahmad, I. (2005). Anterior dental aesthetics: dentofacial perspective. *British dental journal*, 199: 81-88.

Andrew, J. (1974). Observational study of behavior: Sampling methods. *Behavior*, 44, 227-267.

Botazzo, C. (2006). Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciências saúde colectiva*, v.11, n.1.

Brown, W. M. & Moore, C. (2002). Smile asymmetries and reputation as reliable indicators of likelihood to cooperate: an evolutionary analysis. *Advances in psychology research*, vol. 11 (pp. 59-78).

Brown, W. M., Palameta, B. & Moore, C. (2003). Are there non-verbal cues to commitment? An exploratory study using the zero-acquaintance video presentation paradigm. *Evolutionary Psychology*, 1, 42-69.

Costa, E. H. M., Saintrain, M. V. L. & Vieira, A. P. G. F. (2010). Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Ciência & cultura colectiva*, 15 (6): 2925-2930.

Cruz, R. C. & Ferreira, M. A. (2011). Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto & contexto enfermagem*, 20 (1): 144-51.

Delgado, J. (2010). Velhice, corpo e narrativa. *Horizontes Antropológicos*, ano 16, n.34, p. 189-212.

Desai, S., Upadhyay, M. & Nanda, R. (2009). Dynamic smile analysis: Changes with age. *American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics*, volume 136, number 3.

Dong, J. K., Jin, T. H., Cho, H. W. & Oh, S. C. (1999). The esthetics of the smile: a review of some recent studies. *International journal of prosthodontics*, 12:9-19.

Ekman, P. & Friesen, W. V. (1982). Felt, false and miserable smiles. *Journal of nonverbal behavior*, 6 (4), 238-252.

Fernandes, M. G. M. & Garcia, L. G. (2010). O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Revista saúde & sociedade*, v.19, n.4, p.771-783.

Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo aurélio do século XXI: o dicionário da língua portuguesa*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Formby, W. A., Nanda, R. S. & Currier, G. F. (1994). Longitudinal changes in the adult facial profile. *American journal dentofacial orthopedics*, 105: 464-76.

Foulger, T. E., Tredwin, C. J., Gill, D. S., et al. (2010). The influence of varying maxillary incisal edge embrasure space and interproximal contact area dimensions on perceived smile aesthetics. *British dental journal*, 209:E4.

Frush, J. P & Fisher, R. D. (1958). The dynesthetic interpretation of the dentogenic concept. *Journal of Prosthetic dentistry*, 8: 558-581.

Frush, J. P. & Fisher, R. D. (1955). Introduction to dentogenic restorations. *Journal of prosthodontic dentistry*, 5:586-595.

Gamburgo, L. J. L. & Monteiro, M. I. B. (2008). Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. *Comunicação saúde e educação*, v.13, n.28, p.31-41.

Geib, L. T. C. (2010). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & saúde colectiva*, 17(1): 123-133,2012.

Gilbert, L. (1994). Social facts and self-assessed oral health in south africa. *Community dentistry and oral epidemiology*, 22 (1): 47-51.

Gill, D. S., Naini, F. B. & Tredwin, C. J. (2007). Smile aesthetics. *Dental update*, 134: 152-158.

- Goodkind, R. J. & Schwabacher, W. B. (1987). Use of a fiber-optic colorimeter for in vivo measurements of 2,830 anterior teeth. *Journal of prosthetic dentistry*, 58: 535-542.
- Guerra, A. C. L. C. & Caldas, C. P. (2008). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & saúde colectiva*, 15 (6): 2931-2940,2010.
- Haikal, D. S., Paula, A. M. B., Martins, A. M. E. B. L., Moreira, A. N. & Ferreira, E. F. (2009). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & saúde colectiva*, 16 (7): 3317-3319.
- Hinde, R. A. (1985). Expressions and negotiation. In G. Zivin (Ed.), *The development of expressive behavior* (pp. 103-116). Orlando, FL: Academic press.
- Johnston, C. D., Burden, D. J. & Stevenson, M. R. (1999). The influence of dental to facial midline discrepancies on dental attractiveness ratings. *European Journal of orthodontics*, 21:517-522.
- Jornung J. & Fardal, O. (2007). Perceptions of patients' smiles: a comparison of patients' and dentists' opinions. *Journal of the American dental association*, 138:1544-53.
- Krumber, E., Manstead, A. S. R. & Kappas, A. (2006). Temporal aspects of facial displays in person and expression perception: the effects of smile dynamics, head-tilt, and gender. *Jornal of nonverbal behavior* 31: 39-56.
- Levin, E. I. (1978). Dental aesthetics and the golden proportion. *Journal of prosthetic dentistry*, 40:244-252.
- Lombardi, R. E. (1973). The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. *Journal of prosthetic dentistry*, 29:358-338.
- Lopez, Y., Rouzic, J. L., Bertaud, V., Pérard, M., Clerc, J. L. & Vulcain, J. (2013). Influence of teeth on the smile and physical attractiveness. A new internet based assessing method. *Open jornal of stomatology*, 3, 52-57.
- Maciel, A. T. B. M. & Taam, R. (2007). A velhice como espectáculo. *Acta Scientiarum. Human and social sciences*, v.29, n.1, p.57-62.

- Martins, A. M. E. B. L., Barreto, S. M., Silveira, M. F., Santa-Rosa, T. T. A. & Pereira, R. D. (2010). Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Revista de saúde pública*, 44 (5): 912-22.
- Matos, D. L., Giatti, L. & Lima-Costa, M. F. (2004). Factores socio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostras de domicílios. *Cadernos de saúde pública*, 20 (5): 1290-1297.
- Mehu, M., Grammer, K. & Dunbar, R. I. M. (2007). Smiles when sharing. *Evolution and human behavior* 28, 415-422.
- Mello, A. L. S. F. & Moysés, S. J. (2010). Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. *Revista de saúde colectiva* 20 (3): 785-809.
- Miller, E. L., Bodden W. R. & Jamison, H. C. (1979). A study of the relationship of the dental midline to the facial median line. *Journal of Prosthetic dentistry*, 41: 657-660.
- Moore, T., Southard, K. A., Casco, J. S., Qian, F. & Southard, T. E. (2005). Buccal corridors and smile esthetics. *American journal dentofacial orthopedics*, 127:208-13.
- Morley, J. (2000). A multidisciplinary approach to complex aesthetics restoration with diagnostic planning. *Practical periodontics and aesthetic dentistry*, 12: 575-577.
- Morley, J. & Eubank, J. (2001). Macroesthetic elements of smile design. *The Journal of the American Dental Association*, 132, 39-45.
- Peck, S. & Peck, L. (1995). Selected aspects of the art and science of facial esthetics. *Seminars in orthodontics*, 1:105-26.
- Peck, S., Peck, L. & Kataja M. (1992). The gingival smile line. *The angle orthodontist journal*, 62:91-100.
- Preuschoft, S. & van Hooff, J. A. R. A. M. (1997). The social function of “smile” and “laughter”: variations across primate species and societies. *Non-verbal communication: where nature meets culture* (pp. 171-189).

Rifkin, R (2000). Facial analysis: a comprehensive approach to treatment planning in aesthetic dentistry. *Pratic periodontics and aesthetic denistry*, 12: 865-872.

Ruel-kellerman, M. (1987). Pouvoir sourire. *Dent Hebdo*, 108:3.

Rufenacht, C. R. (1990). Fundamentals of esthetics. Quintessence, pp. 67-134.

Sarver, D. M. (2001). The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc. *American journal of orthodontics dentofacial orthopedics*, 120:98-111.

Sarver, D. M., (2004). Principles of cosmetic dentistry in orthodontics: part 1. Shape and proportionality of anterior teeth. *American journal dentofacial orthopedics*, 126: 749-753.

Scharlemann, J. P. W., Eckel, C. C., Kacelnik, A. & Wilson, R. K. (2001). The value of a smile: Game theory with human face. *Jornal of Economic Psychology* 22, 617-640.

Schmidt, K. L. & Cohn, J. F. (2001). Human facial expressions as adaptations: Evolutionary questions in facial expression research. *Yearbook of physical anthropology*, 44, 3-24.

Sharma, P. K. & Sharma, P. (2012). Dental Smile Esthetics: the assessment and creation of the ideal smile. *Seminars in Orthodontics*, vol.18, no. 3, pp. 193-201.

Silva, D. D., Held, R. B., Torres, S. V. S., Sousa, M. L. R., Neri, A. L. & Antunes, J. L. F. (2011). Autopercepção da saúde bucal em idosos e factores associados em campinas, SP, 2008-2009. *Revista de saúde pública*, 45 (6): 1145-53.

Silva, L. R. F. (2008). Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?. *Revista de saúde colectiva*, 18 (4): 801-815.

Simões, A. C. A. & Carvalho, D. M. (2009). A realidade da saúde bucal do idoso do sudeste brasileiro. *Ciência & saúde colectiva*, 16 (6): 2975-2982.

Singer, R. (1974). A study of the morphometric, treatment and esthetic aspects of gingival display. *American journal of orthodontics*, 65:435-6.

Siqueira, R. L., Botelho, M. I. V. & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência & saúde colectiva*, 7 (4): 899-906.

Sneddon, J. (1980). Myasthenia gravis: a study of social, medical, and emotional problems in 26 patients. *Lancet*, 1 (8167): 526-8.

Sommerhalder, C. (2008). Sentido na fase adulta e velhice. *Psicologia: reflexão e crítica*, 23 (2), 270-227.

Sproull, R. C. (1973). Color matching in dentistry. part. 2. practical applications of the organization of color. *Journal of prosthetic dentistry*, 29:556-566.

Sterrett, J. D., Oliver, T., Robinson, F., et al. (1999). Width/length ratios of normal clinical crowns of the maxillary anterior dentition in man. *Journal of clinical periodontology*, 26:153-157.

Stevenage, S. V. & McKay, Y. (1999). Model applicants: the effect of facial appearance on recruitment decisions. *British journal of psychiatric*, 90: 221-34.

Teixeira, I. N. D. O & Guariento, M. E. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & saúde colectiva*, 15 (6): 2845-2857.2010.

Thompson, E. P. *Costumes em comum* (1998). São Paulo: Companhia das letras.

Van Hoof, J. A. R. A. M. (1967). The facial displays of the catarrhine monkeys and apes. *Primate ethology* (pp. 7-68).

Vieira, K. F. L., Reis, I. D., Segundo, J. B. M., Fernandes, M. E. & Macdonald, T. T. V. (2012). Representações sociais da qualidade de vida na velhice. *Psicologia: ciência e profissão*, 32 (3), 540-551.

Vig, R. G. & Brundo, G. C. (1978). The kinetics of anterior tooth display. *Journal of prosthetic dentistry*, 39:502-4.

Waller, B. M. & Dunbar, R. I. M. (2005). Differential behavior effects of silent bared-teeth display and relaxed open mouth display in chimpanzees. *Ethology*, 111, 129-142.

Werner, C. W., Sauders, M. J., Paunovich, E. & Yehm C. K. (1998). Odontologia geriátrica. *Rev Fol*, 11 (1): 62-70.

Williams, J. L. (1914). A new classification of human tooth with special reference to a new system of artificial teeth. *Dental cosmos*, 56:627-636.