

Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade

Geriatric dentistry – oral health in the third age

Lâner Botrel Rosa*

Maria Cristina Candelas Zuccolotto**

César Bataglion***

Elaine Angélica de Souza Coronatto****

Resumo

A população de idosos no Brasil e no mundo tem crescido em ritmo acelerado. O cirurgião-dentista deve estar atento a esse fato e ampliar seus conhecimentos na área da odontogeriatrics para proporcionar um tratamento correto, eficaz e com o máximo de conforto ao paciente idoso, visto que o atendimento a esses indivíduos requer mais atenção no momento de se estabelecer o diagnóstico, bem como na execução do tratamento. Deve-se ter em mente que os idosos geralmente apresentam uma grande variação no que se refere às condições sistêmicas, psicológicas e sociais, além de serem portadores de várias alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento. Assim, os autores propõem uma revisão da literatura sobre geriatrics visando expor ao cirurgião-dentista algumas peculiaridades do atendimento, bem como citar situações ou alterações comuns ao paciente idoso que possam interferir no seu tratamento.

Palavras-chave: Odontogeriatrics. Saúde bucal. Saúde do idoso.

Introdução

Werner et al.¹ (1998) definiram a odontologia geriátrica como o ramo da odontologia que enfatiza o cuidado bucal da população idosa, especificamente tratando do atendimento preventivo e curativo de pacientes com doenças ou condições de caráter sistêmico e crônico associadas a problemas fisiológicos, físicos ou patológicos.

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso, tanto que a expectativa de vida do brasileiro continuará aumentando nas próximas décadas. Por isso, há a necessidade de se proporcionar maior qualidade de vida ao segmento idoso da população, enfocando os aspectos físico, social e psicológico. Dentro dessa realidade, o estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância nas últimas décadas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, visto que essa faixa da população cresce lentamente, porém continuamente, em razão do aumento da expectativa de vida².

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa¹.

A terceira idade é formada por um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida acumuladas pelo indivíduo. Existem idosos de diferentes níveis econômicos,

* Aluno do curso de Mestrado em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP.

** Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP, professora Titular de Prótese Total e Oclusão da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

*** Professor Livre Docente do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP.

**** Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP.

culturais e de saúde, além de idosos com diferentes níveis de motivação quanto à manutenção da saúde bucal. Dessa forma, essas diferenças podem afetar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento.

É necessário conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo. O cirurgião-dentista também deve estar em contato direto com o médico geriatra, com o intuito de avaliar a administração das drogas, visto que o idoso faz uso de alguns medicamentos que apresentam efeitos colaterais, ou, mesmo, provocam alterações no nível de saúde geral. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo³.

Esta revisão da literatura tem como objetivo alertar e conscientizar o cirurgião-dentista sobre a necessidade de um tratamento específico e diferenciado para o paciente idoso, bem como relembrar alguns aspectos que envolvam sua saúde bucal e sistêmica, associados ao processo normal do envelhecimento.

Revisão da literatura

Algumas enfermidades comuns ao paciente idoso apresentam conseqüências bucais para as quais o cirurgião-dentista deve estar atento, a fim de minimizar interferências no tratamento odontológico. Dentre essas doenças podem-se citar o câncer, a artrite, o diabetes e o mal de Parkinson^{4,5}.

Muitos pacientes submetidos à terapia de câncer apresentam-se mal nutridos, com cicatrização alterada, perda da capacidade gustativa, diminuição da resistência às infecções, além de redução do fluxo salivar, o que pode provocar mucosites. Os pacientes portadores de artrite apresentam perda da habilidade manual necessária para uma completa higiene bucal, e os diabéticos têm alta prevalência de xerostomia, candidíase, cáries múltiplas e doença periodontal^{6,7}. O mal de Parkinson, assim como a artrite, afeta a capacidade do paciente de realizar uma completa higiene bucal^{8,9}.

Os padrões farmacodinâmicos dos idosos são diferentes daqueles dos jovens, havendo menor capacidade de reserva funcional e de homeostase, a automedicação é freqüente nessa faixa etária¹⁰. Xerostomia, hiperventilação, alterações nas glândulas salivares, na garganta e no paladar, estomatites, candidíase e periodontites são alguns dos efeitos bucais das drogas de interesse odontológico¹¹.

As funções do sistema mastigatório também são afetadas, com os idosos apresentando uma hiperatividade da musculatura mastigatória durante a manutenção de postura e uma módica hipoatividade durante a mastigação, quando comparados a indivíduos jovens¹².

A seguir relacionam-se algumas condições clínicas fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento que podem estar presentes na cavidade bucal do idoso.

Redução da capacidade gustativa

A redução da capacidade gustativa associada ao doce, salgado, amargo e ácido é verificada a partir dos cinquenta anos e atinge cerca de 80% dos pacientes idosos. A gustação sofre alterações com o avanço da idade porque o número de botões gustativos na papila diminui significativamente, principalmente após os setenta anos. Apesar de, em geral, a pessoa idosa expressar diminuição do prazer de comer como conseqüência da mudança do paladar, essas mudanças parecem ser específicas e alguns tipos de percepção gustativa podem, inclusive, desenvolver-se à medida que a pessoa envelhece^{1,13,14}.

Alterações nas glândulas salivares / xerostomia

A função adequada das glândulas salivares é essencial para todos os aspectos das funções bucais. A saliva ajuda na proteção dos tecidos bucais, lubrificando a mucosa, prevenindo a desmineralização e promovendo a remineralização dos dentes. As alterações nas glândulas salivares podem provocar xerostomia (boca seca) e diminuição na produção da amilase salivar, o que dificulta a deglutição e posterior digestão dos alimentos. Com o envelhecimento, as glândulas salivares sofrem um processo de degeneração avançada, provocando a diminuição da quantidade e viscosidade da saliva secretada, especialmente em repouso^{15,16}.

Entre os fatores contribuintes da xerostomia, podem-se citar as medicações para hipertensão, depressão, ansiolíticos, anticolinérgicos, anti-histamínicos; também procedimentos específicos, como a terapia radioativa para o tratamento do câncer, que deixa os idosos mais vulneráveis a esse tipo de problema. Thomson et al.¹⁷ (2006) pesquisaram a incidência de xerostomia numa população de idosos, dando atenção particular aos medicamentos como fatores de risco. Concluíram que a prevalência e incidência de xerostomia nos idosos estavam fortemente associadas ao uso de medicamentos. A xerostomia também está associada a dificuldades

na mastigação, deglutição, gustação e fala, o que resulta em dieta pobre e má nutrição, diminuindo a interação social^{1,17,18}.

Alterações no periodonto

Como a cárie dental, a doença periodontal é causada pela placa bacteriana que se acumula e adere à superfície dos dentes, acarretando uma destruição dos tecidos locais. Então, os produtos das bactérias penetram nos tecidos periodontais iniciando a resposta inflamatória.

Com o avanço da idade ocorre maior irregularidade tanto na superfície do cimento como do osso alveolar voltado para o ligamento periodontal, além de um aumento contínuo na quantidade de cimento na região apical. O tecido ósseo sofre uma alteração gradual, resultando numa diminuição da resiliência e no aumento da fragilidade, diminuindo a quantidade de material mineralizado tanto na cortical como no trabeculado. A atividade de reabsorção é aumentada e o grau de formação de osso é diminuído, o que pode resultar em porosidade óssea^{19,20}.

Por volta dos quarenta anos de idade, inicia-se um processo lento e progressivo de rarefação óssea, que resulta, eventualmente, no desenvolvimento de osteoporose senil, caracterizada pela redução da densidade óssea e perda do conteúdo mineral deste tecido¹⁵.

O periodonto de sustentação fica comprometido, havendo perda da crista óssea interdentária, reabsorção óssea horizontal e vertical, com retração gengival, mobilidade e perda dentária. A presença de cálculo dentário e gengivite é bem mais freqüente nos idosos, quando comparados a pacientes jovens⁸.

Alterações nos dentes/uso de próteses

Dos problemas bucais existentes no paciente da terceira idade, a perda de dentes é um dos mais freqüentes. Em decorrência disso, a reabilitação protética torna-se fator importante para o restabelecimento das condições bucais ideais do paciente. A perda da dentição permanente influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na gustação, na pronúncia e na estética.

A cárie dentária consiste numa desintegração patológica gradual e dissolução do esmalte e/ou dentina do dente, com eventual envolvimento da polpa, caracterizando-se pela desmineralização da porção inorgânica do dente e destruição de sua porção orgânica. As causas da cárie dental nos idosos são idênticas às de pessoas jovens³; entretanto, pelo fato de os dentes dos idosos terem sido expostos aos potentes efeitos do ambiente por um maior período de tempo, eles apresentam maior risco de desenvolver cárie do que os mais jovens²⁰.

A erosão por abrasão ou atrição é geralmente mais prevalente no idoso, assim como a retração da polpa dentária, resultante da formação de dentina secundária ou calcificação pulpar. Pessoas idosas também possuem maiores riscos de cárie secundária pela dificuldade de higienização bucal¹.

Para que o tratamento protético seja realizado com sucesso, é importante verificar se o paciente é portador de alguma doença sistêmica que possa vir a interferir no tratamento, bem como as medicações de que o paciente faz uso para o controle dessas doenças, já que as interações medicamentosas exercem grande influência no fluxo salivar e podem causar repercussões na cavidade bucal.

Pode-se considerar que um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar a 25% com o uso de próteses totais¹⁴. A perda de parte da capacidade mastigatória em pacientes portadores de prótese e da sensibilidade mastigatória não está apenas relacionada com o uso de aparelhos protéticos, mas também às condições periodontais satisfatórias desses pacientes²¹.

Souza et al.²² (2001) verificaram que 73,4% dos idosos faziam uso de aparelhos protéticos, dos quais mais da metade (50,13%) usava prótese total superior. Em outro estudo, Frare et al.²³ (1997) constataram que 62,2% dos pacientes não possuíam dentes na boca, 50% usavam algum tipo de prótese e, dos desdentados totais, 53,3% manifestaram necessidade de fazer uso deste recurso.

Discussão

A odontologia voltada para a terceira idade recentemente foi reconhecida como uma especialidade: a odontogeriatrics. No entanto, ainda existem muitos desafios, principalmente no que diz respeito ao não-reconhecimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo. Seria necessário também que os cirurgiões-dentistas fossem mais preparados na universidade, tanto para o atendimento no consultório como para desenvolver projetos públicos que promovam a saúde bucal dos idosos²⁴⁻²⁶.

Uma boa saúde bucal é de extrema importância para a manutenção da saúde geral, contribuindo para o bem-estar físico, psíquico e social do paciente¹⁶. Existe uma falta de percepção quanto à necessidade de tratamento odontológico, tanto por parte do paciente idoso como pelos seus familiares, pessoal de apoio e demais profissionais consultados por ele. Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem poucos ou nenhum

dente remanescente. Um treinamento especial de cirurgiões-dentistas e pessoal de apoio e o desenvolvimento de programas especiais de cuidados devem ser realizados², visto que idosos que comparecem a consultas periódicas são mais receptivos ao tratamento preventivo^{27,28}.

Também é muito importante que a família do idoso esteja atenta a qualquer mudança de hábito ou de comportamento, como alterações na fala, expressão de dor, falta de apetite, pois o paciente pode não perceber a alteração ou mesmo não dar importância a sua presença¹⁰. Uma vez procurado pelo paciente da terceira idade, o cirurgião-dentista não deve vê-lo como um ser frágil, debilitado e/ou aparentemente cansado, mas como um ser complexo, com as condições físicas apresentando os efeitos e transformações que acompanham o envelhecimento. Psicologicamente, o indivíduo apresenta-se mais abalado pelo acúmulo de experiências adquiridas ao longo dos anos e, socialmente, depende da interação de dois fatores: o bem-estar físico e o bem-estar psicológico. Uma boa comunicação com o paciente é essencial para que se extraiam dele todas as informações desejadas, proporcionando-lhe confiança e aumentando a sua satisfação em relação ao atendimento.

As condições de saúde geral do idoso devem ser averiguadas detalhadamente para que nenhuma das doenças e alterações citadas interfira no tratamento. Deve-se sempre observar a necessidade de encaminhamento ao médico para que ateste as condições de saúde do paciente e confirme se ele está apto ou não para a realização do tratamento. Um programa de prevenção pode e deve ser sugerido ao paciente idoso para que problemas futuros sejam evitados ou, no mínimo, atenuados, diminuindo a necessidade de intervenções que possam abalar ainda mais a sua saúde.

O cirurgião-dentista deve atuar de forma correta, dando toda atenção, cuidados e instruções necessárias ao paciente. Contudo, este também deverá fazer a sua parte, pois de nada adianta se não houver a sua aceitação e colaboração para o recebimento e sucesso do tratamento. A atuação de especialistas em instituições específicas para pacientes idosos, públicas ou privadas, pode promover um completo serviço de saúde bucal para essas pessoas^{2,29}.

Considerações finais

Fica evidente a necessidade de uma intervenção interdisciplinar no que se refere ao tratamento do paciente idoso. Protocolos específicos podem ser desenvolvidos no sentido de melhorar o atendimento e a seqüência do tratamento a pacientes conscientizados e estimulados com relação à necessidade do

tratamento odontológico, visando, assim, a um resultado favorável.

É importante ressaltar a necessidade de cirurgiões-dentistas mais bem preparados para o atendimento da população idosa, tanto no consultório como fazendo parte de equipes e até desenvolvendo projetos de âmbito governamental que promovam a saúde bucal desses indivíduos.

Abstract

Elder population in Brazil and worldwide has been growing in an accelerated rhythm. Dentists must be aware of this fact and enlarge his or her information about Geriatric Dentistry in order to provide an appropriate and efficient treatment and maximum comfort to the patient, once the service to these individuals requires more attention at the moment of establishing the diagnosis as well as at the accomplishment of the treatment. It must be considered that elderly generally show a great variance concerning systemic, psychological and social conditions, besides being carriers of several alterations resulting from the natural process of aging. Therefore, the authors propose a literature review on geriatrics, aiming to demonstrate to the dentist some peculiarities of the service, as well as quoting situations or alterations common to elderly patients that might interfere in their treatment.

Key words: Geriatric dentistry. Oral health. Elderly's health.

Referências

1. Werner CW, Saunders MJ, Paunovich E, Yeh C. Odontologia Geriátrica. Rev Fac Odontol Lins 1998; 11(1):62-9.
2. Unluer S, Gokalp S, Dogan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. Gerodontology 2007; 24:22-9.
3. Rosa AGF, Castellanos RA, Gomes-Pinto V. Saúde bucal na terceira idade. RGO 1993; 41(2):97-102.
4. Redding SW. Oral complications of cancer therapy. Text Med 2003; 99(5):54-7.
5. Nakayama Y, Washio M, Mori M. Oral Health Conditions in Patients with Parkinson's Disease. J Epidemiol 2004; 14:143-50.
6. Soares MSM, Passos IA, Maia RFM, Costa LJ, Veloso DJ. A correlação entre diabetes mellitus e alteração na mucosa bucal. ROU 2006; 6(2):51-5.
7. Soell M, Hassan M, Miliauskaite A, Selimonic D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. Diabetes Metab 2007; 33(1):10-8.
8. Montenegro FLB, Brunetti RF, Manetta CE. Interações entre a Medicina e a Odontologia. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: Noções de Interesse Clínico. 1. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas; 2002. p. 99-114.
9. Vissink A. Oral sequelae of head and neck radiotherapy. Crit Rev Oral Biol Med 2003; 14(3):199-212.
10. Gorzoni ML. Aspectos de farmacologia clínica em pacientes idosos. Gerontologia 1993; 1(1):9-12.

11. Pereira CMMS, Montenegro FLB. Efeitos bucais das drogas: cuidados na terceira idade. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 131-50.
12. Galo R, Vitti M, Santos CM, Hallak JEC, Regalo SCH. The effect of age on the function of the masticatory system – an electromyographical analysis. Gerodontol 2006; 23:177-82.
13. Figueiredo MAZ, Cherubini K, Yurgel LS, Lorandini CS. Alterações fisiológicas freqüentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. Odontol Mod 1993; 20(4):33-4.
14. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. Odontol Mod 1992; 19(4):11-3.
15. Pucca Junior GA. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. Odontol Mod 1995; 22(4):27-8.
16. Boraks S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 85-98.
17. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Slade GD. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. Gerodontology 2006; 23:205-13.
18. Cassolato SF, Turnbull RS. Xerostomia: clinical aspects and treatment. Gerodontology 2003; 20(2):4.
19. Marcaccini AM, Souza PHR, Toledo BEG. A influência da idade sobre o periodonto. Odonto 2000 – Odontologia do Século XXI 1997; 1(1):8-12.
20. Acevedo RA, Batista LHC, Trentin MS, Shibli JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo 2001; 6(2):57-62.
21. Beck J, Hunt RJ. Oral health status of institutionalized elderly and hand capped. J Dent Educ 1985; 49(6):407-25.
22. Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatrics: sugestão de um programa de prevenção. PGR Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos 2001; 41(1):56-62.
23. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Regio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? Rev Assoc Paul Cir Dent 1997; 51(6):573-6.
24. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Auto-avaliação de saúde na terceira idade. RGO 1999; 47(3):127-30.
25. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Com Dent Oral Epidemiol 2005; 33(2):81-92.
26. De Lima Saintrain MV, de Souza EH, de França Caldas Jr A. Geriatric Dentistry in Brazilian Universities. Gerodontology 2006; 23(4):231-6.
27. Hebling E, Mugayar L, Dias PV. Geriatric Dentistry: a new speciality in Brasil. Gerodontol 2007; 24(3):177-80.
28. Vysniauskaite S, Vehklahti MM. First time dental care and the most recent dental treatment in relation to utilization of dental services among dentate elderly patients in Lithuania. Gerodontol 2006; 23:149-56.
29. Montenegro FLB, Marchini M, Brunetti RF. Aspectos importantes na Prótese Total para a Terceira Idade. In: Prisco da Cunha VP, Marchini L. Prótese Total Contemporânea na Reabilitação Bucal. São Paulo: Ed. Santos; 2007. p.179-94.

Endereço para correspondência

Maria Cristina Candelas Zuccolotto
 Av. Costábile Romano 3058, Ribeirânia
 14.096-030 Ribeirão Preto - SP
 E-mail: czuccolotto@terra.com.br

Recebido: 15/05/2007 Aceito: 13/07/2007