

Atenção odontológica para idosos em unidades de internação¹

Fernando Luiz Brunetti Montenegro

Leonardo Marchini

Carlos Eduardo Manetta

O objetivo geral da intervenção odontológica é melhorar a condição bucal do paciente idoso², proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. Melhora da higiene oral com conseqüente redução da carga microbiana.

Com base em extenso levantamento bibliográfico, Montenegro e Gonçalves¹³ salientam a importância de uma limpeza bucal adequada na prevenção de doenças respiratórias, em especial nas pneumonias, em pacientes acamados e institucionalizados. Reforçam a importância da higienização constante e adequada das próteses dentárias e da porção posterior da língua, bem como dos dentes e rebordos alveolares, a fim de prevenir a extensa proliferação bacteriana observada nesses pacientes.

Por outro lado, segundo Nicolau et al.¹⁵, a saliva desempenha um importante papel na manutenção das condições fisiológicas normais dos tecidos orais por ter funções como a limpeza da boca, a pré-solubilização de substâncias dos alimentos, a formação do bolo alimentar, a facilitação da mastigação e da deglutição, a lubrificação das mucosas, a facilitação da fala, a proteção dos dentes, a ação digestiva e antimicrobiana, as quais são fundamentais não só ao meio bucal per se, mas para todo o sistema digestivo.

Além disso, a ausência de fluxo salivar normal pode favorecer o aparecimento de candidíase bucal, exacerbar sintomas de mucosites, mudar o gosto dos alimentos, causar sensação de queimação bucal e provocar o surgimento de cáries rampantes.

A saliva também é importante no controle complementar da hipertensão e do diabetes. Segundo Brunetti e Montenegro², mesmo quando os pacientes são conscientes de suas doenças usam mais sal ou açúcar que o necessário em sua dieta por não sentirem precisamente o gosto dos alimentos. Isso ocorre porque boa parte das papilas da língua pode estar recoberta por restos de alimentos (saburra) ou o indivíduo ingere medicamentos que provocam a diminuição da fabricação de saliva, que também ajuda a limpar as papilas gustativas (localizadas na porção posterior da língua), os tecidos moles, as próteses e os dentes naturais remanescentes (Figura 1). Essa situação pode

¹Publicado em: *Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção*. Domingues MA, Lemos, NR. São Paulo: Ed Manole, 2010. pp.299-308.

ser agravada quando o paciente realiza muitos bochechos com líquidos antissépticos.



Figura 1. Impregnação de restos alimentares em prótese de idoso institucionalizado.



Figura 2. Língua com grande depósito de restos alimentares na porção posterior.

Identificação de problemas odontológicos que exigem intervenção para minimizar / prevenir dor, desconforto e complicações sistêmicas (pneumonia aspirativa).

A perspectiva da prevenção é reforçada pelo recente trabalho de Awano et al.¹ realizado com 1282 idosos japoneses. O estudo correlacionou pneumonia, saúde bucal e mortalidade e observou que a taxa de mortalidade era 3,9 vezes maior nos pacientes que apresentavam problemas periodontais como as “bolsas gengivais”, uma alteração bucal bastante incidente na terceira idade. Os autores concluíram também que o maior número de dentes com problemas periodontais nos indivíduos analisados poderia estar fortemente associado com a mortalidade aumentada oriunda de pneumonia.

É importante salientar que a presença de lesões orais em idosos é frequente e, embora a maioria tenha caráter inflamatório (hiperplasias inflamatórias e estomatites) são relacionadas ao uso de próteses mal adaptadas e / ou ao acúmulo de placa bacteriana⁵, exames frequentes são mandatórios, uma vez que a faixa etária de maior prevalência de carcinomas orais é composta por pessoas acima de 60 anos. Propiciar uma melhor mastigação para a ingestão eficiente de nutrientes-chave, com conseqüente reflexo positivo nos aspectos nutricionais.

Shimazaki et al.¹⁸ avaliaram 1.929 idosos em estudo longitudinal de 6 anos e observaram que os pacientes dentados tiveram maior longevidade, especialmente porque puderam ter uma dieta mais rica em bons nutrientes em comparação à dos idosos com menos de 20 dentes ou que deixavam de usar suas próteses. Corroborando com essa tendência, Sheiham et al.¹⁷ analisaram idosos por meio de entrevistas, exame bucal, controle alimentar e exames de sangue e urina e concluíram que ter 21 ou mais dentes é compatível com uma boa capacidade dietética e ingestão ótima de nutrientes. Também observaram que nos indivíduos parcialmente dentados e nos desdentados os valores de vitamina C e de retinol do plasma são menores, reforçando a tríade: **Saúde Oral Adequada = Bons Nutrientes = Boa Saúde Geral.**

Nesse contexto, deve-se salientar o trabalho de Nowjack-Raymer e Sheiham¹⁶ que, após analisarem 6.985 pacientes, nos EUA, quanto ao número de dentes presentes e a condição nutricional, concluíram que pessoas com um número menor de dentes ingerem menos vegetais, deixando de consumir nutrientes importantes e fibras, cujo consumo é de extrema necessidade na terceira idade.

Melhora da estética facial para facilitar o relacionamento interpessoal

A utilização de próteses para substituir os dentes ausentes além de aprimorar a mastigação permitindo a formação de um bolo alimentar mais adequado melhora a estética facial, principalmente quando há dentes anteriores ausentes. A melhora da estética facial traz conseqüências benéficas para a autoestima dos pacientes, fato que pode auxiliar no combate à depressão, alteração frequente em pacientes idosos¹⁴.

Atuação com o idoso e com sua rede de suporte social / cuidador

Para o sucesso da terapia odontológica, é fundamental a colaboração do idoso e de sua rede de suporte social (cuidador) para a execução adequada não só do tratamento, mas também das rotinas de higiene bucal e dos exames orais

constantes. Desse modo, a correta orientação dos idosos e/ou de seus cuidadores para a importância da saúde oral é condição *sine qua non* para obtenção da melhora da condição bucal da população idosa.

Problemas mais frequentes

Segundo Ship et al.²⁰, Ship¹⁹, Chalmers et al.³, Friedlander et al.⁷ e Fiske et al.⁶, as alterações bucais mais comuns nessa faixa etária são higiene oral deficiente, aumento de doença periodontal e do número de dentes cariados, resultando em estado precário da dentição remanescente e alta demanda por tratamentos restauradores e protéticos relativamente extensos, sintomas xerostômicos diversos e dificuldades para deglutir, colocar as próteses e executar sua correta higiene. Em idosos institucionalizados no Brasil, o quadro é semelhante, embora a incidência de alterações bucais seja ainda maior¹¹.

As alterações são agravadas pelo pouco conhecimento da importância da saúde oral para o restabelecimento e a manutenção da saúde sistêmica, pela presença insuficiente de cirurgiões-dentistas em equipes multiprofissionais de atendimento ao idoso e pela falta de orientação do idoso e / ou seu cuidador quanto à higiene oral.

Os cuidadores exercem papel preponderante na avaliação e na manutenção da saúde oral dos indivíduos idosos, mas estes, conforme Lin et al.⁹ e Hugo et al.¹², dão menor prioridade aos problemas bucais, os quais recebem pouca atenção. Isso ocorre por falta de conhecimentos específicos, treinamento dirigido e, até mesmo, por falta de tempo.

Instrumentos utilizados

O principal instrumento para melhorar a condição bucal do idoso institucionalizado é a incorporação do odontogeriatra nas equipes multidisciplinares de atendimento ao idoso, tornando a atuação odontológica contínua, e não esporádica e ocasional, como tem sido atualmente. Lin et al.⁹ e Hugo et al.¹² destacam, ainda, a importância de o odontogeriatra oferecer ao cuidador as informações necessárias para a realização de cuidados com a saúde bucal dos pacientes, adequados e rotineiros, como um componente essencial para o sucesso do tratamento odontológico.

Outro motivo pelo qual é importante a presença do odontogeriatra nas instituições de amparo ao idoso é a existência de pacientes com problemas bucais específicos, como a hipossalivação permanente. Esses pacientes devem receber orientações específicas como evitar ingerir álcool e comidas condimentadas, efetuar um eficiente controle mecânico (escovação e uso do fio dental) e químico (com bochechos à base de clorhexidina a 0,12%) da flora bacteriana, usar gomas de mascar (à base de xilitol) de sabores cítricos (p. ex. laranja ou limão) para estimular a salivação, utilizar saliva artificial quando necessário. Também é preciso visitar o dentista a cada três meses para verificar se a higiene bucal está sendo realizada de forma correta. Recomenda-

se, ainda, que o idoso utilize colutórios com alta concentração de flúor para proteção das raízes dos dentes, em geral expostas nessa fase da vida¹⁰.

Mediante avaliação criteriosa das condições clínicas e bucais dos pacientes, o odontogeriatra pode auxiliar a equipe multidisciplinar a instituir rotinas diárias de higiene bucal (com modificações oportunas quando necessário, como a utilização de escovas elétricas e colutórios fluoretados, entre outras medidas simples) e / ou alimentares (solicitar restrição de sacarose para diminuir a incidência de cáries e de problemas gengivais); indicar aos médicos a necessidade de substituição de medicamentos (para restabelecer o fluxo salivar adequado); realizar avaliações periódicas para diagnosticar precocemente lesões orais e realizar tratamentos odontológicos que melhorem a saúde oral, oferecendo maior conforto e qualidade de vida para o paciente idoso institucionalizado.



Figura 3. Alguns tipos de limpadores de língua disponíveis no mercado brasileiro

Raspadores e higienizadores de língua

Sobre a importante higiene da língua, é válido acrescentar que os raspadores e higienizadores de língua, mesmo sendo de plástico, possuem uma ponta ativa e devem ser usados uma vez por dia após a última refeição e em pacientes não anêmicos. Sugere-se sua passagem por toda a língua de forma suave, desde as laterais até as porções mais posteriores, nas quais estão situadas as papilas gustativas. É muito importante de limpar que as papilas sejam higienizadas,

especialmente em pacientes com diminuição do fluxo salivar, já que as escovas de dente tradicionais não conseguem atingi-las por provocarem ânsia de vômito. Seu uso é individual (recomenda-se colocar o nome do paciente na haste) e sua limpeza deve ser feita com clorhexidina sempre após a utilização; é recomendada a substituição de 6 em 6 meses².

Em pacientes idosos com anemias graves, deve-se optar pelo uso de higienizadores de língua que não têm ponta ativa (arredondados), feitos de metal. Seu uso deve ser individual, diário e realizado de forma bem suave. Após utilização, devem ser autoclavados.

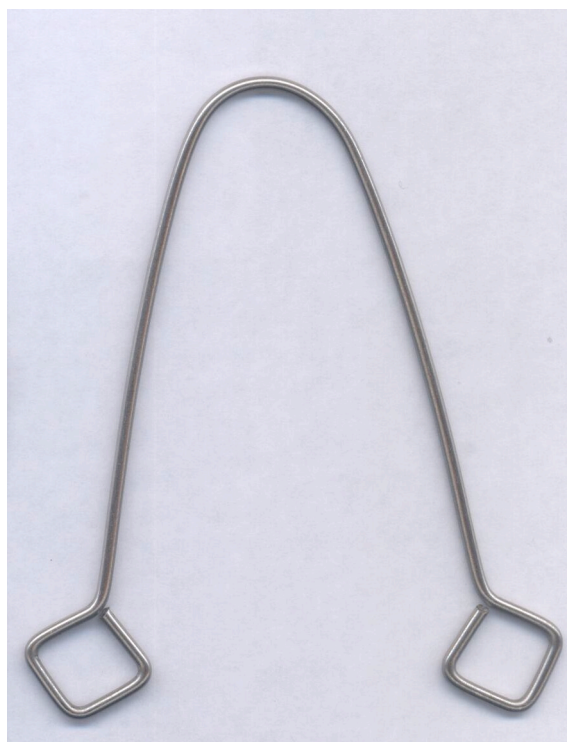


Figura 4. Limpador lingual metálico (sem ponta ativa).

Vantagens e limitações dos instrumentos no contexto abordado

A principal vantagem da incorporação do odontogeriatra na equipe de atendimento ao idoso é a possibilidade de oferecer um cuidado mais abrangente, com indiscutíveis reflexos positivos na qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, para que haja o efeito desejado, é necessário que essa incorporação não seja esporádica e sim permanente; para que as rotinas de higiene oral, as avaliações orais e eventuais tratamentos sejam fornecidos de forma contínua¹¹.

Atualmente, a maior limitação para a realização desse intuito é o pequeno número de profissionais com formação específica em odontogeriatría no Brasil; são cerca de 210 profissionais registrados no Conselho Federal de Odontologia, dispersos nos estados e cerca de duas dezenas que ainda estão realizando seus cursos de especialização em entidades reconhecidas⁴.

Referências

1. Awano S, Ansai T, Takata Y, Soh I, Akifusa S, Hamasaki T, et al. "Oral health and mortality risk from pneumonia in elderly". *J Dent Res* 2008; 87(4): 334-9.
2. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
3. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. "Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia". *Gerontol* 2002; 19(1): 80-94.
4. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Especialistas em odontogeriatrics. Disponível em <http://www.cfo.org.br/profissionaisporespecialidade/todos-odontogeriatrics>
5. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. "Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile". *J Oral Pathol Med* 2003; 32(4): 571-5.
6. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. "Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia". *Gerodontol* 2006; 23(1): 3-32.
7. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. "Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications". *J Am Dent Assoc*, 2006; 137(9): 1240-51.
8. Hugo FN, Hilgert JB, Bertuzzi D, Padilha DM, De Marchi RJ. "Oral health and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers". *Gerodontol* 2007; 24(1): 36-40.
9. Lin CY, Jones DB, Godwin K, Godwin RK, Knebl JA, Niessen L. "Oral health assessment by nursing staff of Alzheimer's patients in long-term-care facility". *Spec Care Dent*, 1999; 19(2): 64-71.
10. Magalhães SC, Ferreira EF, Moreira AN. *Cárie dentária e tratamentos específicos*. São Paulo: Pancast, 2003.
11. Marchini L, Vieira PC, Bossan TB, Brunetti FLB, Cunha VPP. "Self-reported oral hygiene habits among institutionalized elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubate, Brazil". *Gerodontol* 2006; 23(1): 33-7.
12. Marchini L, Tamashiro E, Nascimento DFF, Cunha VPP. "Self-reported denture hygiene of a sample of edentulous attendees at a university dental clinic and the relationship to the condition of the oral tissues". *Gerodontol* 2004; 21(2):226-8.
13. Montenegro FLB, Gonçalves FB. "Cuidados bucais para pacientes idosos com pneumonia". Disponível em <http://www.odontologia.com.br/odontogeriatrics/artigos>.
14. Montenegro FLB, Marchini L, Brunetti RF. "Aspectos importantes da prótese total para a terceira idade". In: Cunha VPP, Marchini L. *Prótese total contemporânea na reabilitação bucal*. São Paulo: Santos, 2007.
15. Nicolau J, Leite MF, Siqueira WL, Nogueira FN. "Saliva na saúde e na doença". *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 2003; 57(4): 304-7.
16. Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. "Number of natural teeth, diet and nutritional status in US adults". *J Dent Res* 2007; 86(12): 1171-5.
17. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Finch S, Bates CJ. "The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people". *J Dent Res* 2001; 80(2): 408-13.

18. Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Myazali H et al. "Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people". *J Dent Res* 2001; 80(1): 340-5.
19. Ship J. "Oral health of patients with Alzheimer's disease". *J Am Dent Assoc* 1992; 123(1): 53-8.
20. Ship JA, DeCarli C, Friedland RP, Baum BJ. "Diminished submandibular salivary flow in dementia of the Alzheimer's type". *J Gerontol* 1990; 45(2):61-6.

Fernando Luiz Brunetti Montenegro - Mestre e Doutor pela FOUSP. E-mail: fbrunetti@terra.com.br

Leonardo Marchini - Mestre pela FOSJC e Doutor pelo ICB-USP

Carlos Eduardo Manetta - Mestre pela UNIP Bacelar