



**Alterações bucais  
na terceira idade:  
uma realidade clínica  
do futuro cirurgião-dentista  
– breves considerações<sup>1</sup>**

*Raíssa Gabriela Nogueira da Silva  
Luisa Amaral Salvio  
Alexandre Franco Miranda*

**Resumo:** A população idosa brasileira está em progressivo crescimento e, ao mesmo tempo, existe a necessidade de se desenvolver recursos eficientes direcionados ao bem estar e promoção da saúde bucal desses indivíduos, bem como o conhecimento específico das principais características do sistema estomatognático. O presente trabalho tem como objetivo, por meio de revisão de literatura, abordar as principais características bucais encontradas nos pacientes idosos e de interesse direto à prática odontológica. Destacando-se a diminuição do fluxo salivar (xerostomia), língua despapilada, problemas na mucosa bucal, diminuição da dimensão vertical, problemas periodontais, problemas dentários (cáries radiculares), lesões bucais como candidíase e queilite angular, são os mais frequentes. Ressaltamos a necessidade de o futuro cirurgião-dentista estar capacitado no conhecimento das principais características presentes na cavidade bucal dos idosos a fim de se realizar um planejamento mais preciso em saúde bucal, de maneira a contribuir na integridade funcional e qualidade de vida desses pacientes.

**Palavras-chave:** Odontogeriatrica, Saúde bucal, Estomatologia.

<sup>1</sup>Artigo apresentado como requisito para aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) da Universidade Católica de Brasília (UCB) – 1.2012.

## Introdução

A população idosa esta em progressivo crescimento e, portanto, existe a necessidade de se desenvolver recursos eficientes direcionados ao bem estar e promoção da saúde bucal desses indivíduos, bem como o conhecimento específico das principais características do sistema estomatognático. A saúde bucal é um direito de todo cidadão, e as políticas públicas são deficientes para o tratamento bucal do brasileiro (Araújo et al, 2006).

Segundo o IBGE, no ano de 2000 para cada cem mulheres idosas, havia 81 homens idosos. Em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para cem idosas, e na faixa acima de 80 anos serão duas idosas para cada um idoso. (Anuário Estatístico do Brasil 2004).

O aumento no número de doenças crônicas (especialmente diabetes e hipertensão) leva os idosos a ingerirem uma grande quantidade de medicamentos e a realizarem exames de controles com maior frequência, porém essas condições não limitam uma melhor qualidade de vida (Barros et al, 2006).

De acordo com Barros (2006), ao conseguir controlar suas doenças muitos idosos conseguem levar uma vida mais independente e produtiva. As ausências de doenças são para poucos idosos e, na verdade, envelhecer, para a maioria das pessoas da terceira idade, é conviver com uma ou mais doenças crônicas.

Pessoas com uma idade mais avançada buscam os serviços prestados por profissionais da saúde capacitados, na perspectiva da compreensão que a saúde de um idoso não é a mesma de um jovem totalmente saudável, e a necessidade da realização de exames de rotina (Barros et al, 2006).

Neto (2007) relata que a odontologia e a medicina caminham juntas para promover a saúde geral do individuo. Uma boa alimentação contribuiu tanto para a saúde geral como para a saúde bucal, com tendência a corrigir uma alimentação cariogênica, comum nessa idade, por meio de alimentação saudável. Orienta-se, também, a higienização bucal eficiente com diminuição do acúmulo de placa e controle da doença periodontal.

A reintegração mastigatória, estética, fonética, social e funcional contribui para uma melhora na qualidade de vida na terceira idade. A Odontologia é muito importante para contribuir não somente para uma ótima saúde bucal mais também na saúde geral prevenindo doenças (Neto et al, 2007).

Conforme Barros (2006) diante da crescente oportunidade para a prática odontológica geriátrica, pouco exercida pelo cirurgião-dentista, o presente trabalho tem como objetivo abordar as principais características bucais

encontradas nos pacientes idosos e de interesse direto para o conhecimento do futuro cirurgião-dentista na prática odontologia geriátrica.

### **Revisão de Literatura e Discussão**

A população idosa brasileira está em progressivo crescimento devido ao aumento da expectativa de vida nos últimos anos. O Brasil vem apresentando nas últimas décadas uma redução nos índices de mortalidade, e mais recentemente também nas taxas de fecundidade. A qualidade de vida tem melhorado devido a alguns fatores como o saneamento básico, alimentação mais saudável, acesso e informação na área da saúde (Brasil, MS, 2007).

Atualmente a expectativa de vida é de 71,3 anos e em 2025 poderá chegar aos 74 anos. Devido a esse crescimento da população idosa existe a necessidade de se desenvolver recursos eficientes direcionados ao bem estar e promoção da saúde bucal desses indivíduos, assim como conhecer as principais características do sistema estomatognático (Brasil, MS, 2007).

Brunetti (2000), e Neto (2007) relatam que o sistema estomatognático tem como função a mastigação, deglutição, respiração e fonoarticulação. Ele é constituído por tecidos órgãos que compreendem estruturas ósseas, dentes, músculos, articulações, glândulas e sistemas vasculares, linfáticos e nervosos, todos associados.

As modificações sofridas pelos tecidos bucais na terceira idade são pouquíssimos estudados na literatura especializada e, por sua grande frequência, necessitam de conhecimentos mais aprofundados, capazes de fornecer subsídios e de contribuir para o aprimoramento da odontologia (Brunetti e Montenegro 2002).

Segundo Neto (2007), com o envelhecimento a cavidade bucal do idoso sofre inúmeras alterações. Os principais problemas encontrados na cavidade bucal na terceira idade são: diminuição do fluxo salivar, xerostomia, retração dos tecidos periodontais, a língua sofre alterações em suas estruturas básicas e em sua superfície, tendo o que chamamos de língua despapilada, queilite actínica, candidíase e queilite angular.

A diminuição do fluxo salivar é causada pela diminuição da celularidade dos ácinos, diminuindo a produção de saliva, o estreitamento dos ductos e a saliva mais viscosa, que potencializados pela ação de diversos fármacos podem vir a causar Xerostomia, conhecida como a “sensação de boca seca” (Neto et al, 2007).

Conforme Frazão (2003) e Brunetti (2000) a xerostomia ocorrem mais em pacientes acima de 65 anos, tanto em homens quanto em mulheres. No diagnóstico diferencial da xerostomia a hipossalivação é a principal hipótese, pois apresenta diminuição do fluxo salivar sem apresentar secura da mucosa, porém apresenta secura bucal importante com repercussão clínica severa, podendo ser transitória ou permanente.

A xerostomia é apresentada como a união de diversos fatores como a hipossalivação ocasionada pelo processo do envelhecimento com hipofunção glandular, medicamentos de uso contínuo e diário, que podem apresentar reação adversa diminuindo o fluxo salivar, radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço, doenças crônicas (Síndrome de Sjogren e cirrose hepática), estados emocionais importantes, entre outros (Brunetti, et al, 2000; Frazão et al, 2003).

De acordo com Frazão (2003), os principais sintomas da xerostomia são: diminuição da quantidade de saliva, boca seca ou secura bucal, ardor lingual, queimação bucal, dificuldade na mastigação, halitose, deglutição, fonação, saliva viscosa, espumante.

A língua despapilada é outra característica na cavidade bucal do idoso devido à diminuição natural das atividades das glândulas e metabólicas, ocasionando a diminuição das papilas, ou até atrofia papilar (papilas filiformes). Tem-se a diminuição dos corpúsculos sensitivos ao tato, temperatura e paladar diminuem sua função ocasionando alteração sensorial e gustatória, prejudicando levemente a alimentação (Varellis, et al, 2005; Frazão et al, 2003).

Conforme Brunetti (2000) e Montenegro (2002) explicam, como característica de um envelhecimento normal há uma diminuição dos botões gustativos (que ficam na língua) e que são responsáveis pela percepção dos sabores. Quando estas papilas estão obstruídas pela saburra, uma película amarelada que fica sobre a superfície lingual equivalente a uma placa lingual, resultante de restos de alimentos e células mortas, diminui ainda mais a percepção do gosto dos alimentos. Além disto, 70% dos medicamentos normalmente ingeridos pelos idosos provocam uma diminuição do fluxo salivar, o que prejudica mais a limpeza da saburra da língua.

A queilite actínica é uma alteração difusa e pré-maligna do vermelhão do lábio inferior, devido a exposição excessiva ou em longo prazo aos raios ultravioleta. Afeta principalmente indivíduos do sexo masculino na idade aproximadamente 55 anos, de pele clara. Sua evolução é lenta, sendo que a atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior é a primeira manifestação clínica (Neville, et al, 2004; Frazão et al, 2003).

Segundo Neville (2004) e Frazão (2003) à medida que a lesão progride, áreas ásperas e escamosas desenvolvem-se nas porções mais ressecadas do vermelhão. Com esta progressão pode se desenvolver ulceração focal crônica em um ou mais locais, principalmente nos de trauma brando por causa de cigarro ou cachimbo. Tais ulcerações podem durar meses ou, frequentemente, sugerir progressão para o carcinoma de células escamosas. Muitas das alterações associadas à queilite actínica são irreversíveis.

Os aspectos clínicos da queilite actínica são: manchas, placas brancas ou avermelhadas, podendo existir áreas ulceradas ou descamativas, com aspectos de ressecamento, ocupando toda a região do lábio inferior. Os

sintomas mais frequentes são: dificuldade de mobilidade labial, secura, ardor, queimação, e podem ocorrer sangramentos espontâneos devido à presença de ulcerações (Neville, et al, 2004; Frazão et al, 2003).

Frazão (2003) e Jorge (1996) relatam que a candidíase ou Candidose é uma infecção causada pelo fungo denominado *Candida Albicans*, que acomete frequentemente a mucosa bucal do idoso. É um fungo que pode acometer todos os indivíduos tornando patogênica apenas diante da oportunização por imunodepressão sistêmica ou local. Quando torna patogênica assume a forma filamentosa (hifas), sob determinadas condições, principalmente na velhice.

Por esse motivo recebe o nome característico de infecção oportunista; mas pode ocorrer em pacientes saudáveis. Assumindo a forma de hifas este microrganismo tem condições de penetrar na mucosa bucal, associado ao fato de adquirir em suas extremidades substâncias queratolíticas que destroem o epitélio, facilitando sua entrada (Frazão et al, 2003; Jorge et al, 1996).

De acordo com Neville (2004) e Frazão (2003) a candidíase pode ocorrer em qualquer local da mucosa oral, porém são mais percebidas pelo paciente e pelo clínico em região de mucosa jugal, dorso de língua, palato duro/mole, gengiva. Sendo ela caracterizada sob a forma de úlceras destacáveis - compostas por restos epiteliais, fungos, bactérias, fibrinas e restos alimentares - pode ser localizada sob a forma de puntiforme aglomeradas ou em pontos isoladas ou arredondadas.

A queilite angular é caracterizada pela presença de erosão ou úlcera, sulco ou fissura, circundada por uma área eritematosa, podendo ocorrer a formação de crostas. A queilite angular está associada ao acúmulo de saliva na comissura labial nos idosos, exacerbada devido à perda da dimensão vertical de oclusão. Está também relacionada com o prolongamento dos sulcos da comissura labial, hipotonia muscular do orbicular dos lábios, causando um excesso de saliva na região de comissura labial alterando a umidade e temperatura local, facilitando o desenvolvimento da *Candida Albicans*. (Silva, et al, 2006; Frazão et al, 2003).

Conforme Frazão (2003) e Neville (2004) a queixa principal do paciente com candidíase é variada, podendo apresentar uma leve sensação de desconforto, ardor, queimação, gosto estranho e desagradável, algumas vezes halitose e pode ser assintomático. Pacientes que utilizam próteses, e que não fazem a correta higienização delas, tendem a desenvolver candidíase na região de palato.

Deve ser feito o uso de clorexidina para melhor higienização da mucosa bucal, o uso de antifúngico e a correção de fatores envolvidos principalmente a correção da dimensão vertical de oclusão (Costa, et al, 2000; Andrade et al, 1999).

Segundo Acevedo (2001) uma das principais alterações clínicas no paciente idoso é o aumento na prevalência da recessão gengival, que pode ser provocado pelo efeito de vigorosas escovações.

Porém as alterações periodontais são bem característica na terceira idade pois o periodonto de sustentação fica comprometido, ocorrendo perda da crista óssea interdentária, reabsorção óssea horizontal e vertical, com consequente migração do apical do epitélio juncional, tendo uma retração gengival contribuindo para a mobilidade e perda dentária (Acevedo, et al, 2001 ; Silva et al, 2006).

De acordo com Acevedo (2001) a diminuição da defesa local a microrganismos, pela reparação óssea e da mucosa comprometida, e ainda por uma desmotivação e ineficiência na higienização bucal, torna a presença de calculo e gengivites bem mais presentes e constantes.

A hiperplasia inflamatória é uma lesão proliferativa de tecido mole, não neoplásica, muito prevalente na cavidade oral. Acomete mais frequentemente indivíduos dos sexos femininos e esta associada ao uso de próteses mal adaptadas. O aumento do período de uso das próteses esta associado com o aumento da hiperplasia fibrosa inflamatória sugerindo que próteses totais ou parciais removíveis mal adaptadas, e/ou antigas, geralmente ocasionam traumas constantes e inflamação dos tecidos orais (Coelho, Sousa e Daré, 2004).

Santos e Neto 2004 relatam que os aspectos clínicos desta lesão à palpação podem ser de consistência flácida ou firme. A base pode ser sésil ou pediculada, com coloração semelhante à mucosa ou eritematosa, de crescimento lento sendo geralmente assintomática. É importante estar em alerta a outros fatores traumáticos que podem desencadear a lesão. Para o sucesso terapêutico, é imprescindível, além da remoção cirúrgica a remoção do agente traumático.

## **Conclusão**

O cirurgião dentista deve estar capacitado no conhecimento das principais características presentes na cavidade bucal dos idosos, a fim de realizar um planejamento mais preciso seguindo alguns aspectos básicos como: anamnese completa da saúde geral e bucal do paciente, comunicação fácil para um bom entendimento do paciente idoso, respeito as suas expectativas e alternativas de tratamento e conscientização sobre a possibilidade de sucesso ou fracasso. Por fim, o profissional deve e necessita ter sensibilidade para ser amigo e psicólogo, quando, muitas vezes, não é a falta de dentes o motivo principal de sua visita ao dentista.

## **Referências**

<sup>1</sup> ACEVEDO, R.A. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo*, v. 6, n. 2, p. 57-62, jul./dez. 2001.

<sup>2</sup> ANDRADE, E.D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 1ªed. São Paulo: Artes Médicas, 1999, 188p.

- <sup>3</sup> ARAUJO, S.S.C; FREIRE, D.B.L; PADILHA, D.M.P; BALDISSEROTTO, J. Suporte Social, promoção da saúde e saúde bucal na população idosa do Brasil. *Interface – Comunic Saúde Educ*, 2006; 10(19) p.203-216.
- <sup>4</sup> BARROS, G.B; CRUZ, J.P.P; SANTOS, A.M; RODRIGUES, A.A.A.O; BASTOS, K.F. Saúde bucal a usuários com Necessidades Especiais. *Rev Saúde Com*, 2006; 2 (2): 135-143.
- <sup>5</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, 2007; 19: 1-192.
- <sup>6</sup> BRUNETTI, R.F; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatría: prepare-se para o novo milênio. In Feller, C; Gorab, R. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo, Artes Medicas, 2000, pp. 470-87.
- <sup>7</sup> BRUNETTI, R.F; MONTENEGRO, F.L. *Odontogeriatría – Noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- <sup>8</sup> COELHO, C.M.; SOUSA, Y.T.; DARÉ, A.M. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. *J. Oral Rehabil., Oxford*, v.31, p.135-139, 2004.
- <sup>9</sup> COSTA, L.C.V; ANDRADE, K.L; CARMO, M.A.V; PAULA, A.M.B. Queilose actínica: revisão da literatura e relato de caso clínico. *Rev CROMG*, V.6,n.3,p.184-190,set.-dez.2000.
- <sup>10</sup> FRAZÃO, P. Epidemiologia em Saúde Bucal. In: Pereira AC (Org.) *Odontologia em Saúde Coletiva:Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 64-82.
- <sup>11</sup> IBGE- BRASIL . Anuário Estatístico de Brasil, 2005.
- <sup>12</sup> JORGE, J.R. J. *Influência de fatores locais e sistêmicos na presença do gênero Cándida na boca de idosos*. Tese de Doutorado, Piracicaba, SP, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 1996.
- <sup>13</sup> NETO, N.S; LUFT, L.R; TRENTIN, M.S; SILVA, S.O. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *RBCEH*, 2007; 04(1):48- 56.
- <sup>14</sup> NEVILLE, B.W; Dam, D.D; ALLEN, C.M; BOUQUOT, J.E. Patologia Oral & Maxilofacial. Traduzido por L.C.Moreira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.2.ed.798p.
- <sup>15</sup> SAINTRAIN, M.V.L; A.L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2006; 9(2): 242-50.

<sup>16</sup> SANTOS, M.E.S.M; COSTA, W.R.M; NETO, J.C. SILVA. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo - Fac.*, Recife, v.4, n.4, p.241-245, out./dez. 2004.

<sup>17</sup> VARELLIS, M.L.Z. O paciente com necessidades especiais na odontologia-manual prático. 1<sup>a</sup>.ed. São Paulo: Santos, 2005; 511p.

*Data de recebimento: 19/06/2012; Data de aceite: 22/07/2012.*

---

**Raíssa Gabriela Nogueira da Silva** - Acadêmica do 8<sup>o</sup> semestre do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: [raissagns@hotmail.com](mailto:raissagns@hotmail.com)

**Luisa Amaral Salvio** - Acadêmica do 8<sup>o</sup> semestre do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB)

**Alexandre Franco Miranda** - Cirurgião-dentista; Professor do curso de Odontologia da UCB – Odontogeriatría; Doutorando em Ciências da Saúde – UnB. E-mail: [alexandrefmiranda@hotmail.com](mailto:alexandrefmiranda@hotmail.com)