

Saúde bucal no envelhecimento: aspectos periodontais e breves considerações clínicas

Karine Ataides Ribeiro

Elaine Lobo Dantas

Ricardo Santos Barbosa

Anne Carolina Eleutério Leite

Eric Jacomino Franco

Fernando Luiz Brunetti Montenegro

Alexandre Franco Miranda

Resumo: *Introdução:* A odontogeriatrics é uma especialidade odontológica que assume a investigação, planejamento e execução da atividade direcionada à promoção de saúde bucal do idoso. A doença periodontal tem alta prevalência em idosos, por esse motivo tornam-se relevantes ações preventivas e educativas no intuito de evitarem-se futuros problemas bucais. Nesse contexto, o aumento de profissionais interessados em trabalhar com idosos é necessário e para isto, o conhecimento sobre as alterações morfológicas e fisiológicas que acometem o idoso se faz também salutar. Além disso, a compreensão de todo o processo do envelhecimento torna-se necessário para a obtenção de resultados satisfatórios quanto à saúde bucal. *Objetivo:* O presente trabalho teve como objetivo abordar as características dos tecidos de suporte dentário e aspectos periodontais que atingem a população idosa por meio de uma revisão de literatura. *Considerações finais:* Necessidade de profissionais qualificados que conheçam as enfermidades dos tecidos periodontais nos idosos a partir de um planejamento interdisciplinar. O profissional de saúde, principalmente, o cirurgião dentista pode prevenir e diagnosticar precocemente patologias existentes e, dessa forma solicitar tratamentos menos invasivos, quando necessários, além de prevenir doenças sistêmicas relacionadas à saúde do idoso.

Palavras-chave: Doenças periodontais, Odontologia Geriátrica, Saúde Bucal.

A odontogeriatrics é uma especialidade odontológica que assume a investigação, planejamento e execução da atividade direcionada à promoção de saúde bucal do idoso. Deve-se observar o contexto do indivíduo para que as condutas sejam realizadas de maneira interdisciplinar. Porém, nota-se a falta de profissionais capacitados para atender a população idosa nos contextos de consultório, domicílio e hospitalar já que a saúde bucal faz parte da saúde geral do idoso (Rosa 2008; Souza 2001; Saintrain 2008).

O processo de envelhecimento populacional está cada vez mais acentuado, pois a expectativa de vida da população brasileira é crescente. Por isso, é necessário adaptar as condutas em saúde de forma positiva para que se tenha satisfatória qualidade de vida e melhoria dos aspectos social, psicológico e físico (Duarte 2001; Silva 2008; Reis 2005). As alterações gengivais mais frequentes em pacientes idosos são a diminuição da gengiva, também conhecida como mucosa queratinizada, responsável pela proteção do periodonto de suporte: osso alveolar, ligamento periodontal e cimento radicular; aumento na largura da gengiva inserida com localização constante da junção mucogengival ao longo da vida do adulto; diminuição da celularidade do tecido conjuntivo; aumento da quantidade de substâncias intercelulares; redução no consumo de oxigênio; além da retração (recessão gengival) e da perda de inserção gengival.

Alterações na gengiva como perda de inserção e recessão gengival são comuns em pacientes geriátricos, pelo fato de a reabsorção óssea ser prevalente e o grau de formação óssea ser menor. Isso justifica uma menor densidade óssea do osso alveolar. O cimento aparentemente continua a ser colocada ao longo da vida, mas a velocidade de formação diminui com a idade. Com o aumento do fluoreto e o teor de magnésio é possível observar com a idade. O cimento pode conter poucos biomarcadores de idade (Razak 2014; Acevedo 2001).

A periodontite está entre as doenças crônicas mais prevalentes em populações mais velhas dentadas. Vários levantamentos epidemiológicos descobriram que a prevalência e a gravidade das doenças periodontais aumentam com a idade. Na avaliação de 61 prontuários de pacientes da faculdade de Odontologia de Araras (SP), com idade igual ou maior que 60 anos de idade, foi observado que em nenhuma área da boca desses idosos teve como diagnóstico “gengiva saudável”. A gengivite foi observada em 0,8%; periodontite 42,4% e 56,81% estavam desdentados.

Salienta-se que em grande parte dessa perda dentária dos 56,81% foi devido a doença periodontal. Para isso, é necessário ações preventivas para que se tenha saúde gengival no paciente geriátrico, sendo necessário profissionais qualificados que compreendam as necessidades e obtenham resultados satisfatórios no que se refere a boa qualidade de saúde bucal do indivíduo idoso. Os tecidos periodontais podem sofrer retração, o que ocasiona a exposição radicular com o decorrer da idade, porém são clinicamente saudáveis e não apresentam alterações com a idade, mas apresentam redução na celularidade com aumento do número de fibras colágenas (Kimura 2010; Razak 2014; Beck 2000).

Muitas vezes, a periodontite pode apresentar-se grave no decorrer dos anos devido a sua etiologia multifatorial e complexa, além do caráter crônico da doença. Nota-se características importantes no idoso que justifiquem a

presença da doença, tais como: diminuição de destreza manual, o que torna o controle mecânico do biofilme dentário ineficiente; redução da capacidade de defesa do sistema imunológico e envelhecimento das células do periodonto, o que leva a um processo de cicatrização mais lento. A gravidade aumentada de periodontite com o avanço da idade tem sido diretamente relacionada com o período de tempo em que os tecidos periodontais foram expostos à placa bacteriana dentogengival e é considerada como a história oral do indivíduo (Kimura 2010; Júnior 2013).

O presente trabalho teve como objetivo abordar as características dos tecidos de suporte dentário e aspectos periodontais que atingem a população idosa por meio de uma revisão de literatura.

Revisão de literatura e discussão

A odontogeriatria é a especialidade odontológica que tem o objetivo de contribuir no sistema estomatognático do idoso, a partir de um planejamento interdisciplinar. O processo de envelhecimento populacional está cada vez mais acentuado devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, com média de 75 anos. Devido a essa condição demográfica e do aumento do número de idosos, existe a necessidade de capacitação e adaptação dos serviços de saúde para melhor assistir a esse específico grupo populacional nos contextos: biológico, social, psicológico e físico. Ressalta-se a importância do profissional que irá atuar com o indivíduo idoso, e que esse deva conhecer as enfermidades específicas, elaborar um planejamento multidisciplinar e ter ciência dos fármacos de uso do paciente, a fim de proporcionar condutas clínicas bem planejadas e individualizadas (Rosa 2008; Reis 2005).

É necessário que o odontogeriatra realize medidas preventivas e educativas em saúde no idoso, contribuindo na minimização dos problemas e melhoria da saúde bucal e sistêmica (Figura 1). Tal condição pode ser enfatizada pelo fato do idoso procurar atendimento odontológico, geralmente, nos momentos em que os problemas de saúde já estão instalados e que ações odontológicas sejam de caráter mais imediato, e relacionadas, principalmente a algum desconforto, dor ou estética (Saintrain 2008; Razak 2014; Reis 2005).



Figura 1 - Orientações de higienização bucal a idoso em nível de consultório com o objetivo de controle de biofilme e manutenção da saúde bucal – Ações odontológicas preventivas.

Salienta-se a importância do diálogo entre os profissionais da área da saúde, pois, pacientes idosos possuem enfermidades sistêmicas que refletem na cavidade bucal ou vice-versa. Torna-se possível fazer com que o idoso seja prevenido de algumas enfermidades por meio da higiene bucal satisfatória e medidas educativas. A prevenção da doença periodontal pode ser aplicada em qualquer contexto e classe social por essa ter bons resultados e baixo custo (Razak 2014; Bulgarelli 2006).

Pacientes geriátricos estão mais suscetíveis a adquirir algumas lesões como a halitose, lesões por próteses mal adaptadas, lesões malignas e benignas. Por esse motivo é importante que o profissional faça o diagnóstico correto e precoce de algumas doenças que no início são possíveis de tratamento curativo e em outros casos que se remova o fator etiológico, como no caso de próteses mal adaptadas, que podem causar hiperplasia fibrosa inflamatória, entre outros (Silva 2011; Júnior 2013).

A alta prevalência da doença periodontal em indivíduos idosos pode ser justificada pela diminuição da qualidade da higienização oral devido a uma menor destreza manual, diminuição da visão, entre outros fatores que predispõe a progressão da periodontite como doenças sistêmicas, fatores genéticos e ambientais tais como o fumo e estresse e doenças sistêmicas, assim como defeitos na resposta imunológica que influenciam na susceptibilidade do indivíduo à periodontite. Dessa forma, sabemos que nem toda gengivite evolui para periodontite, pois a existência de um hospedeiro susceptível é necessária. Além disso, o termo periodontite reúne, genericamente, formas crônicas de doença periodontal, que resultam de uma infecção polimicrobiana e como toda doença crônica tem etiologia também complexa (Razak 2014; Almeida 2006; Queiroz 2008).

A doença periodontal é causada por micro-organismos específicos da cavidade oral. A progressão da doença está associada a fatores tais como a higiene precária, acúmulo de biofilme bacteriano na superfície dental, próteses mal adaptadas que podem comportar grande parte dessa microbiota, além de possíveis traumas nos tecidos periodontais. Existem dois grandes grupos de doença periodontal: a gengivite e periodontite. A diferença existente entre elas está na perda de inserção de fibras do tecido conjuntivo, epitélio dentogengival e osso ao redor do dente que classifica a periodontite. A gengivite está confinada ao tecido mole (gengiva) (Bulgarelli 2006; Silva 2008).

A periodontite tem “cura”, ou seja, remissão dos sinais e sintomas de inflamação e estabilidade das condições periodontais sem progressão da perda de inserção e osso alveolar (osso ao redor do dente). No entanto, a doença tem caráter crônico e caracteriza-se como infecção polimicrobiana, onde o desequilíbrio entre a comunidade microbiana e a resposta imunoinflamatória do hospedeiro leva a progressão da perda óssea.

Além disso, a periodontite tem períodos de remissão e progressão, assim o controle de formação do biofilme dentário, manutenção periodontal, com

consultas regulares ao periodontista, remoção de cálculos dentários e reforço de instrução de higiene bucal são estritamente necessários. Além disso, o aumento na quantidade do biofilme dentário, com maior rapidez nesses pacientes, tem influência da diminuição da saliva e dieta (Queiroz 2008, Silva 2008, Kimura 2010).

Ressalta-se, também, a inter-relação entre a periodontite e doenças sistêmicas, tais como as cardiovasculares e pulmonares; desfechos adversos da gravidez (bebês de baixo peso e parto prematuro); diabetes mellitus; artrite reumatoide, entre outras. O controle de formação do biofilme dentário, e prevenção da periodontite no idoso, tornam-se muito importante no intuito de também evitar-se a progressão de outras doenças crônicas de impacto sistêmico, como a periodontite. Em pacientes geriátricos com dentes periodontalmente comprometidos, existe uma maior prevalência em adquirir pneumonias aspirativas, principalmente por pacientes debilitados, acamados e hospitalizados (Duarte 2001; Reis 2005).

A literatura, a partir de 1989, tem avaliado a robustez científica e plausibilidade biológica da inter-relação entre doença periodontal e doença cardiovascular. As infecções têm sido reconhecidas como fatores de risco para o processo aterosclerótico. Além disso, pacientes com doença periodontal partilham muitos fatores de risco com aqueles com doença cardiovascular, e a associação entre estas torna-se evidente após revisar-se os vários mecanismos inflamatórios que podem ser responsáveis pelo aumento da resposta inflamatória em lesões ateromatosas devido à infecção periodontal (Queiroz 2008; Acevedo, 2001)



Figura 2 – Condição de saúde bucal de paciente idoso diabético e hipertenso com doença periodontal – foco de infecção dentário.

As evidências suportam, pelo menos, dois mecanismos biologicamente plausíveis: o aumento nos níveis de inflamação sistêmica entre pacientes com periodontite; e a observação que 10^8 - 10^{12} de bactérias gram negativas encontradas nas bolsas periodontais frequentemente migram para a corrente sanguínea (bacteremia e endotoxemia) (Tonetti 2013; Beck 2000).

Deficiência de proteínas, vitaminas e ácido fólico prejudica a divisão celular, por exemplo, a diminuição da vitamina k pode interferir na formação do coágulo. A falta de determinados nutrientes pode refletir por sua vez na saúde dos tecidos periodontais. O adequado controle do biofilme dental diminui as chances de desenvolver a inflamação na gengiva. A manutenção periodontal não deve ser negligenciada por parte de cuidadores ou profissionais da odontologia. A gengivite pode

ocorrer mais rapidamente no paciente idoso por estar associada à dieta, xerostomia e maus hábitos de higienização. Além disso, o aumento na quantidade do biofilme e saburra lingual, com maior rapidez nesses pacientes, tem influência da diminuição da saliva e dieta (Duarte 2001; Silva 2008; Acevedo 2001).

O tratamento da periodontite no idoso se dá da mesma forma que no indivíduo jovem, o que o diferencia é a maior atenção em relação à prevenção, pois o idoso apresenta características psicológicas, fisiológicas e condições físicas que dificultam o controle do biofilme e saburra lingual (Figura 3), que podem contribuir para o surgimento de doenças sistêmicas respiratórias com as pneumonias, responsáveis por elevados índices de internações hospitalares (Acevedo 2001; Tonetti 2013).



Figura 3 – Presença de saburra lingual em paciente idoso internado em ambiente hospitalar.

Pacientes idosos mais frágeis (dependentes) devem receber uma atenção do profissional no controle da doença periodontal e nos casos em que estes não conseguem frequentar consultórios, é importante um dentista qualificado que tenha conhecimento do atendimento em domicílio (home care) (Figura 4) e hospitalar (unidades de internação e unidades de terapia intensiva – UTI), pois para isso torna-se necessário um tratamento cauteloso e em curto prazo de tempo, porém com eficiência para a modificação da microbiota e consequente melhora da condição periodontal (Duarte 2001; Beck 2000; Tonetti 2013; Saintrain 2008).



Figura 4 – Conduas odontológicas preventivas realizadas em idosa em nível domiciliar (home care) – adaptação profissional.

Considerações finais

Necessidade de profissionais qualificados que saibam lidar com pacientes idosos e com suas enfermidades a partir de um planejamento interdisciplinar.

As doenças periodontais são causadas principalmente por bactérias específicas que podem atingir outras partes do corpo através do sangue. Portanto, a invasão e multiplicação de micro-organismos patogênicos em uma parte do corpo ou tecido, como ocorrem na periodontite, podem produzir aos tecidos subsequentes prejuízo e progressão de outras doenças por meio de uma variedade de mecanismos celulares.

O controle de formação do biofilme dentário por meio de uma higienização bucal correta torna-se de grande importância no paciente idoso, no intuito de, também, prevenir doenças sistêmicas tais como as doenças cardiovasculares, diabetes e doenças pulmonares.

Referências

Rosa LB; Zuccolotto MCC; Bataglioni C; Coronatto EAS. Odontogeriatría - a saúde bucal na Terceira idade. *RFO*, 2008; 13(2): 82-6.

Souza VMS; Pagani C; Jorge ALC. Odontogeriatría: sugestão de um programa de prevenção. *Rev. Fac. Odontol São José dos Campos*, 2001; 4(1): 56-62.

Saintrain MVL; Vieira LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2008; 13(4): 1127-1132.

Duarte CA, Castro MVM. Geriatría: doença periodontal e cardíaca. *RGO*, 2001; 49(1): 40-4.

Silva EMM; Barão VAR; Santos DM; Gallo AKG; Castilho LR. Aspectos periodontais do paciente idoso. *Sulusvita*, 2008; 27(2): 275-85.

Reis SCGB; Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2005; 11(1): 191-199.

Razak PA, Richard KMJ, Sameer KM. Geriatric Oral Health: A review article. *J Int Oral Health*, 2014; 6(6): 110-116.

Acevedo RA; Batista LHC; Trentin MS; Shibli JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Passo fundo*, 2001; 6(2): 57-62.

Kimura C, Fonseca GA. A relevância dos cuidados com a gengiva na prevenção de agravos de saúde em idosos. *Revista Portal de Divulgação*, 2010; 3: 5-10.

Bulgarelli AF; Manço ARX. Saúde bucal do idoso: revisão. *Clin. Pesq. Odontol.*, 2006; 2(4): 319-26.

Júnior RASF; Lourenço RA; Fischer RG. A doença periodontal e o idoso frágil. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2013; 12(1).

Almeida RF; Pinho MM; Lima C; Faria I; Santos P; Bordalo C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. *Rev Port Clin Geral*, 2006; 22: 379-9013.

Queiroz CM, Rezende CP, Molena CCL, Denardin OVP, Rapoport A. Avaliação da condição periodontal no idoso. *Rev. Bras. Cir. Cabeça pescoço*, 2008; 37 (3): 156-9.

Tonetti MS; Van Dyke TE; Working group 1 of the joint EFP/AAP Workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/ AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol* 2013; 40 (Suppl. 14):51-69.

Beck JD; Slade G; Offenbacher S. Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation. *Periodontol* 2000; 23:110-120.

Data de recebimento: 15/11/2015; Data de aceite: 25/01/2016.

Karine Ataídes Ribeiro – Acadêmica do 8º semestre do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: kakataides@hotmail.com

Elaine Lobo Dantas – Especialista em Periodontia (UnB); Mestranda em Ciências da Saúde (UnB); Professora das disciplinas de Periodontia e Clínicas Odontológicas Integradas (UCB). E-mail: loboelaine@gmail.com

Ricardo Santos Barbosa – Especialista em Periodontia (UnB) e Ortodontia (ABO-DF); Professor das disciplinas de Periodontia e Clínicas Odontológicas Integradas (UCB). E-mail: rsbdf@yahoo.com.br

Anne Carolina Eleutério Leite – Especialista em Periodontia (ABO-DF) e Implantodontia (IPESP-DF); Mestre e Doutora em Ciências da Saúde – (UnB); Professora das disciplinas de Periodontia e Clínicas Odontológicas Integradas (UCB). E-mail: annecarolinaleite@gmail.com

Eric Jacomino Franco – Mestre em Periodontia (USP, Bauru); Doutor em Ciências Genômicas e Biotecnologia (Universidade Católica de Brasília – UCB); Professor das disciplinas de Periodontia e Clínicas Odontológicas

Integradas (UCB); Coordenador do curso de Odontologia da UCB. E-mail: ericperio@gmail.com

Fernando Luiz Brunetti Montenegro – Mestre e Doutor pela USP - São Paulo; Coordenador do curso de especialização em Odontogeriatría na ABENO – SP; Autor do livro: *Odontogeriatría - uma visão gerontológica*, Editora Elsevier, 2013. E-mail: fbrunetti@terra.com.br

Alexandre Franco Miranda – Coordenador das disciplinas de Odontologia para Pacientes Especiais e Odontogeriatría (UCB); Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – Gerontólogo Titulado; Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde – UnB. E-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Endereço para correspondência

Alexandre Franco Miranda

Universidade Católica de Brasília (UCB) – Curso de Odontologia – Disciplinas de Odontogeriatría (Gerontologia) e Pacientes Especiais - Campus I – Bloco “S” - QS 07 – Lote 01 EPCT, Águas Claras – CEP: 71966-700 – Taguatinga/DF - (61) 3356-9612 / 8136-9896 / alexandrefmiranda@hotmail.com