

LUCIANA TEREZINHA DA SILVA

**ALTERAÇÕES BUCAIS DO ENVELHECIMENTO E
IMPLICAÇÕES PARA A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA**

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2011

LUCIANA TEREZINHA DA SILVA

**ALTERAÇÕES BUCAIS DO ENVELHECIMENTO E
IMPLICAÇÕES PARA A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

CONSELHEIRO LAFAIETE- MINAS GERAIS

2011

LUCIANA TEREZINHA DA SILVA

**ALTERAÇÕES BUCAIS DO ENVELHECIMENTO E
IMPLICAÇÕES PARA A ATENÇÃO ODONTOLÓGICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

BANCA EXAMINADORA

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez- Orientador

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Aprovado em Belo Horizonte: 10/12/2011

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A meu pai.

Ao meu querido esposo pelo apoio.

Ao meu orientador Ms Heriberto Fiúza Sanchez que orientou este trabalho com muita seriedade e disponibilidade.

RESUMO

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso criando-se a preocupação com a necessidade de se estruturar melhor os serviços e programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do País. Muitos pacientes idosos apresentam alterações na cavidade bucal em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais ou efeitos colaterais pelo uso de fármacos, dentre outras razões. Este trabalho teve como objetivo formular propostas, a partir da revisão de literatura, voltadas para contribuir para a capacitação profissional do cirurgião-dentista da atenção básica, visando uma melhoria da saúde bucal e da qualidade de vida desses pacientes. Foi feita revisão narrativa, tendo sido consultadas publicações on-line de trabalhos publicados na língua portuguesa e inglesa na forma de artigos através da BIREME a partir das bases de dados BBO, BDENF, MEDLINE e LILACS, no período de 1985 a 2011. Foram selecionadas 64 produções científicas, permitindo que os objetivos fossem respondidos através da elaboração de propostas voltadas especificamente para esse público.

Unitermos: saúde bucal na terceira idade, idosos no brasil, odontogeriatria, alterações fisiológicas nos idosos.

ABSTRACT

Brazil is going through a process of rapid population aging and facing intense concern with the need to better structure services and health programs that would meet the emerging demands of the new epidemiological profile of the country. Many elderly patients present alterations in the oral cavity as a result of the manifestations of systemic diseases, nutritional deficiencies or side effects by the use of drugs, among other reasons. This study aimed to formulate proposals, from the literature review, aimed at contributing to the professional training of dentists in primary care, aimed at improving oral health and quality of life of these patients. Narrative review was made, having been consulted on-line publishing of works published in Portuguese and English in the form of articles through BIREME from data bases BBO, BDEF, MEDLINE and LILACS, from 1985 to 2011. We selected 64 scientific productions, allowing goals to be answered through the development of proposals aimed specifically at this audience.

Key Words: oral health in old age, the elderly in Brazil, Geriatric Dentistry, physiological changes in the elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATM	-	Articulação Têmporo-mandibular
BVS	-	Biblioteca Virtual em Saúde
<i>C. albicans</i>	-	<i>Candida albicans</i>
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
HFI	-	Hiperplasias fibro-epiteliais inflamatórias
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PIAE	-	Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento
PSF	-	Programa Saúde da Família
UAPS	-	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E PATOLÓGICAS NOS IDOSOS.....	12
2.2	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIO-PATOLÓGICAS DA CAVIDADE BUCAL DO IDOSO.....	13
2.2.1	CÁRIE CORONÁRIA E RADICULAR.....	14
2.2.2	PERIODONTOPATIAS.....	15
2.2.3	DESGASTES DENTAIS (ATRIÇÕES, ABRASÕES E EROSÕES)....	16
2.2.4	EDENTULISMO.....	16
2.2.5	XEROSTOMIA.....	17
2.2.6	REDUÇÃO DA CAPACIDADE GUSTATIVA.....	18
2.2.7	LESÕES DE TECIDOS MOLES.....	18
2.2.8	DESORDENS TÊMPORO-MANDIBULARES.....	20
2.2.9	CÂNCER BUCAL.....	21
2.3	PRÓTESE.....	21
2.4	IMPACTO DO ENVELHECIMENTO SOBRE A SOCIEDADE.....	22
2.5	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O BEM ESTAR DO IDOSO....	23
3	OBJETIVOS.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27

5.1 ALTERAÇÕES BUCAIS DO ENVELHECIMENTO.....	27
5.2 O CIRURGIÃO-DENTISTA E O ENVELHECIMENTO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo e os vários setores da sociedade, assim como os profissionais da saúde, devem se preparar para dar suporte e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida desta nova parcela da população.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia para reorientação do modelo assistencial focada em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes. A inclusão da odontologia na ESF representa uma grande contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população, haja vista que saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional e bem estar físico e mental, repercutindo na saúde geral do indivíduo. A saúde bucal do idoso tem um papel relevante em sua qualidade de vida uma vez que possibilita uma boa mastigação, fonação, estética e melhora a sensibilidade gustativa.

A introdução da geriatria e da gerontologia na área odontológica vem sendo feita de forma lenta e não sistematizada no Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento que estão passando pela transição demográfica (SHINKAI e CURY, 2000) havendo ainda um despreparo dos cirurgiões-dentistas para atender adequadamente às necessidades de saúde bucal da população idosa.

A abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada à população em geral devido a alterações fisiológicas que predisõem os idosos a apresentar, com freqüência, condições patológicas típicas do envelhecimento. Certas condições decorrentes do envelhecimento predisõem ao desenvolvimento de algumas morbidades no sistema estomatognático, como, por exemplo, o câncer bucal, que apresenta a variável idade como fator de risco (INCA, 1996; INCA, 1999; SALISBURY, 1997 apud SHINKAI e CURY, 2000).

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 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 indivíduo (ROSA *et al.*, 2008).

Esta revisão da literatura teve como objetivo contribuir para a capacitação profissional do cirurgião – dentista da atenção básica para que o mesmo conheça aspectos relacionados à saúde geral de idosos e saiba relacionar esses aspectos com a saúde bucal de indivíduos nessa faixa etária. Espera-se assim contribuir para uma melhoria da qualidade de vida deste paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Principais alterações fisiológicas e patológicas nos idosos

O tratamento do paciente idoso difere do tratamento da população em geral, devido às mudanças fisiológicas durante o processo de envelhecimento natural, da presença de doenças sistêmicas crônicas e da alta incidência de deficiências físicas e mentais nesse segmento da população (FAJARDO e GRECCO, 2003).

Para Hoeman (2000), viver mais tempo aumenta as probabilidades em 80% de contrair uma ou mais doenças crônicas, bem como limitações físicas incapacitantes. Acrescenta que em muitos casos é difícil de distinguir se se tratam de alterações decorrentes do processo de envelhecimento ou se são manifestações patológicas.

As disfunções encontradas nos idosos devem ser interpretadas como fruto de excessiva demanda imposta a um sistema fisiologicamente incapaz de supri-las e/ou pela existência de processos patológicos que, embora geralmente camuflados nesta faixa etária, merecem toda atenção diagnóstica e terapêutica (BARBOSA e BARBOSA, 2002).

Os indivíduos com mais de 60 anos de idade apresentam alterações nos sistemas ósseo, articular, nervoso, respiratório, digestivo, endócrino, reprodutor urinário e circulatório, o que faz com que os idosos necessitem de um atendimento diferenciado (JACOB FILHO e CHIBA, 1994).

Muitas doenças sistêmicas se manifestam com mais freqüência na terceira idade, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, osteoporose, reumatismo, colesterol alto, entre outras. A artrite, doenças cardiovasculares, alergias, diabete e bronquite crônica são as condições crônicas mais comuns que afligem os idosos (MACENTEE, 1985; CARDOSO, 2009).

A freqüência da presença das doenças cardiovasculares é maior nos pacientes diabéticos e eles também estão mais susceptíveis a processos infecciosos, na hipótese de inadequado controle da doença (BARBOSA & BARBOSA, 2002).

A idade avançada pode alterar a habilidade para realizar higiene bucal, seja por deficiência física, por falta de motivação ou por desinteresse. A motivação é um

fator fundamental na prevenção e no tratamento dos idosos (GARBIN *et al*, 2003). A artrite é um problema que acomete os idosos, sendo a maior preocupação para a odontologia a perda da habilidade manual necessária para desempenhar eficientemente a limpeza bucal (BARBOSA e BARBOSA, 2002).

A artrite reumatóide e a desordem temporomandibular apresentam-se como patologias de evolução crônica que interferem com a qualidade de vida do idoso. Mostram-se, muitas vezes, de maneira debilitante e, em alguns casos, incapacitante. Elas interferem ativamente nas relações sociais, e, de forma profunda, no íntimo da pessoa, restringindo atividades básicas, como falar, mastigar e andar (TERRA, 2002).

A osteoporose é a doença mais comum do metabolismo ósseo e caracteriza-se por não ter sintomas, ser lenta, progressiva e particularmente comum nos idosos e nos indivíduos com imobilização prolongada (SILVA, 2005).

As afecções pulmonares são muito comuns na terceira idade. No sistema digestório, o envelhecimento pode aumentar o refluxo gastroesofágico. Outro problema também comum entre idosos é a incontinência urinária. Além disso, com a diminuição das funções do sistema imunológico, os idosos ficam mais suscetíveis a gripe e tuberculose (CARDOSO, 2009).

2.2 Principais alterações fisio-patológicas da cavidade bucal do idoso

O envelhecimento aumenta a vulnerabilidade para várias doenças bucais devido às alterações funcionais fisiológicas próprias do idoso (REZENDE, 2005; BORAKS, 2002). Todos os tecidos da cavidade oral sofrem atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa até as estruturas ósseas, passando pelos tecidos de sustentação e estruturas musculares (ALENCAR e CURIATTI, 1994).

Muitos problemas odontológicos encontrados no idoso são, na realidade, complicações de processos patológicos acumulados durante toda a vida do indivíduo, devido à higiene bucal deficiente, iatrogenia, falta de orientação e de interesse em saúde bucal e ao não-acesso aos serviços de assistência odontológica (PUCCA Jr., 1996).

A cavidade bucal da pessoa idosa apresenta mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado ao funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. Algumas dessas alterações são observadas em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso de fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e mucosas orais (PEREIRA *et al.*, 2004).

A maioria das drogas prescritas mais freqüentemente aos idosos têm potencial de efeitos colaterais na boca. As reações mais comuns são xerostomia, alterações no paladar e estomatites. Também pode ocorrer hiperplasia gengival decorrente de efeito colateral de anticonvulsivantes (PAUNOVICH *et al.*, 1997).

Cárie coronária e radicular, periodontopatias, edentulismo, desgastes dentais (atrições, abrasões e erosões), lesões de tecidos moles (ulcerações, hiperplasias inflamatórias traumáticas e medicamentosas, infecções etc.), xerostomia, dores orofaciais, desordens têmporo-mandibulares, problemas de oclusão e câncer bucal (não estão citados em ordem de prevalência ou de relevância clínica) são relatados como os problemas de saúde bucal mais prevalentes no idoso (PUCCA Jr, 1996; RUTKAUSKAS, 1997). Rosa *et al.* (2008) relatam as seguintes condições clínicas fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento que podem estar presentes na cavidade bucal do idoso: redução da capacidade gustativa, alteração das glândulas salivares, alterações no periodonto, alterações no sistema mastigatório, alterações na estrutura dental e mucosa oral.

2.2.1 Cárie coronária e radicular

De acordo com os dados disponíveis em nível mundial, a cárie é o principal problema bucal dos indivíduos com sessenta anos ou mais (ETTINGER, 1993). Alguns fatores, como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta, potencializam a ação da doença nessa população (SILVA e VALSECKI Jr, 2008).

A doença cárie está entre as maiores causas das perdas dentárias na população idosa, cujo maior fator de risco é a higiene bucal inadequada (SHIP, 1993).

A função motora ou mental dos idosos, com uma certa frequência, limita a higiene bucal, levando à deterioração dos tecidos periodontais e, na medida em que a susceptibilidade à infecção dos tecidos periodontais aumenta, o risco de recessão gengival e exposição da superfície radicular também crescem, predispondo o indivíduo ao aparecimento de cáries de raiz (BARBOSA e BARBOSA, 2002; LELIS *et al.*, 2009; BORAKS, 2002).

As causas da cárie dental nos idosos são idênticas às de pessoas jovens; 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 jovens (ACEVEDO *et al.*, 2001).

2.2.2 Periodontopatias

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 (ROSA *et al.*, 2008). São apontadas algumas razões para essas mudanças, tais como: diminuição da destreza manual e acuidade visual, o que torna o controle do biofilme dental menos eficiente; a redução na capacidade de defesa do sistema imunológico; e o envelhecimento das células do periodonto, que tornam o processo de cicatrização mais lento. O biofilme dental forma-se mais rapidamente em idosos, provavelmente, devido a mudanças na composição da dieta e diminuição na quantidade de saliva (COSTERTON *et al.*, 1995 apud QUEIROZ, 2008).

Com o avanço da idade 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 (MARCACCINI, *et al* 1997; ACEVEDO *et al.*, 2001).

A prevalência e a severidade da periodontite crônica do adulto aumentam com o avançar da idade, podendo ser exacerbadas nos pacientes idosos, depois de

estarem relativamente estáveis por muitos anos (PINTO,1987), sugerindo que fatores sistêmicos e/ ou problemas de saúde geral em indivíduos idosos possam influenciar na progressão da doença (DUARTE e CASTRO, 2001).

2.2.3 Desgastes dentais (atrições, abrasões e erosões)

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 (ROSA *et al.*, 2008).

2.2.4 Edentulismo

A perda total de dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal e natural com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde (PUCCA Jr, 2000).

Dos problemas bucais existentes no paciente da terceira idade, a perda de dentes é um dos mais freqüentes. A perda da dentição permanente influenciará na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, bem como na gustação, na pronúncia e na estética (ROSA *et al.*, 2008). O edentulismo provoca uma alteração na escolha e preparação da dieta (SHINKAI e CURY, 2000) o que leva o indivíduo a se alimentar mais de alimentos de fácil mastigação, de consistência pastosa rica em carboidratos e isso ocasiona um aumento na massa corpórea e, por conseguinte o surgimento de doenças sistêmicas associadas à obesidade, como hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, depressão e outras (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2000). Segundo Moriguchi (1992), 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 totais.

Além da insatisfação com a alimentação, problemas psicológicos têm sido relatados devido à saúde bucal precária, tais como depressão por ausência de

elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional (WOLF, 1998). Em razão de problemas de saúde bucal, cerca de 11% a 14% dos idosos relatam que evitam sorrir e dar risadas (LOCKER e SLADE, 1993; STRAUSS e HUNT, 1993 apud SHINKAI & CURY, 2000). Seger (1998) salienta que a perda dos dentes é um evento precipitador do sentimento de ser velho, o qual ocorre abruptamente em contraposição ao processo gradual de envelhecimento. O edentulismo é particularmente associado aos aspectos negativos da velhice (FERREIRA, 1997; WOLF, 1998). Acredita-se que somente com a reabilitação bucal as pessoas poderão aumentar suas redes sociais e viver melhor consigo mesmo e com a sociedade (FERREIRA, 1997).

Com a avulsão de elementos dentários e/ou devido à abrasão dos dentes remanescentes, ocorre diminuição da dimensão vertical, provocando queilite angular (LELIS, 2009; BORAKS, 2002).

2.2.5 Xerostomia

As glândulas salivares nos idosos sofrem uma perda de aproximadamente 20-30% em sua capacidade funcional, fazendo com que diminua a lubrificação da cavidade bucal, deixando-a mais susceptível a alterações patológicas. Uma das afecções mais comuns é a xerostomia (MACÊDO *et al.*, 2009).

A xerostomia (sensação de boca seca) é uma queixa bastante comum, presente em cerca de 40% dos idosos (SREEBNY, 1996 apud SHINKAI e CURY, 2000), provocando distúrbios na fala, mastigação e deglutição, bem como dores bucais.

Entre os fatores contribuintes para a 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 (PAUNOVICH *et al.*, 1997; PEREIRA *et al.*, 2004; ROSA *et al.*, 2008). Além da etiologia medicamentosa, a xerostomia pode ocorrer em virtude de desidratação, destruição das glândulas salivares por radioterapia e doenças sistêmicas (SHINKAI e CURY, 2000).

2.2.6 Redução da capacidade gustativa

A redução da capacidade gustativa acomete cerca de 80% dos pacientes idosos, sendo verificada a partir dos cinquenta anos. A gustação sofre alterações com o avanço da idade porque o número de botões gustativos na papila diminui significativamente, principalmente após os setenta anos (ROSA *et al.*, 2008). Este achado é de extrema significância, pois o sal e o açúcar geralmente são ingredientes restritos nas dietas recomendadas para pessoas idosas, principalmente nos casos de diabéticos e hipertensos (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo Cormarck (2002) com o envelhecimento a língua sofre perda das papilas filiformes e circunvaladas; podendo ocorrer ainda fissuras e varicosidades na superfície ventral, alterações que podem provocar uma diminuição no sentido do paladar.

A língua saburrosa, entidade ocasionada pelo acúmulo de restos alimentares, bactérias e células mortas no dorso da língua, é observada em cerca de 15% dos idosos, sendo mais freqüente no sexo masculino (PADILHA, 1998). Essa saburra lingual está intimamente relacionada com a pneumonia aspirativa, ao mau hálito e a não percepção do gosto dos alimentos (ROLDAN *et al.*, 2003).

2.2.7 Lesões de tecidos moles

No estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2008) observou-se que as alterações bucais mais prevalentes observadas nos pacientes idosos examinados foram a flacidez dos tecidos (81,3%), varicosidades linguais (75,7%) e língua saburrosa (68,2%). Provavelmente, isso se deve, em parte, à diminuição da secreção das glândulas mucosas e salivares menores. Dessa forma, a mucosa bucal vai perdendo suas propriedades elásticas, tornando-se mais frágil e começa a responder com ulcerações a traumatismos protéticos e outros, em decorrência da menor irrigação sanguínea.

Algumas lesões como a hiperplasia fibrosa e a estomatite podem se desenvolver em virtude da utilização de aparelhos protéticos, tão comuns nos pacientes idosos (LELIS *et al.*, 2009); podem ocorrer também como efeitos colaterais de drogas prescritas (PAUNOVICH *et al.*, 1997).

A Hiperplasia Fibro-epitelial Inflamatória é definida como um aumento tecidual, ocasionado pelo trauma resultante de próteses totais ou parciais mal adaptadas. Sua etiologia pode estar associada à inserção de novas próteses com bordos cortantes que exercem pressão excessiva sobre os tecidos bucais (GONÇALVES *et al.*, 1995; COELHO e ZUCOLOTO, 1998).

Outro tipo de hiperplasia é a papilomatosa inflamatória, que ocorre, na maioria das vezes, em pacientes portadores de prótese totais com câmara de sucção (GONÇALVES *et al.*, 1995).

A úlcera é um exemplo de lesão traumática, extremamente dolorosa, que pode aparecer associada à hiperplasia fibrosa inflamatória. As úlceras têm aparecimento prevalente com o uso de prótese que não tenha sido adaptada à condição do rebordo (GONÇALVES *et al.*, 1995).

Estomatite e queilite angular são as lesões inflamatórias crônicas mais comumente associadas com dentaduras (MACENTEE, 1985; GOIATO, 2005).

A estomatite protética, que se caracteriza por ser uma reação inflamatória dos tecidos bucais que estão em contato com as próteses, é bastante comum em idosos e podem estar associada a quadros de candidose atrófica e queilite angular (BUDTZ-JORGENSEN *et al.*, 1996 apud SILVA *et al.*, 2011).

A queilite angular é um processo inflamatório localizado no ângulo da boca, uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, eritema, descamação, erosão e fissuras, com ocorrência freqüente de períodos de remissão e exacerbação espontânea. No tratamento da queilite angular é fundamental a correção dos fatores desencadeantes como, por exemplo, adequação de prótese dentária (PENNINI *et al.*, 2000). A queilite angular prevalece nas pessoas que apresentam pregas profundas nas comissuras, em decorrência do fechamento excessivo da boca, associado à perda de dimensão vertical. A deposição de saliva nas comissuras aumenta a umidade local, favorecendo a proliferação de fungos (GONÇALVES *et al.*, 1995).

A candidose é uma infecção fúngica bucal mais comum no homem. Tal incidência aumenta com a idade e a descoberta intra-oral da *C. albicans* pode

ocorrer em cerca de 60% nos pacientes com dentes e idade acima de 60 anos que não apresentam sinal de lesão na mucosa bucal (NEVILLE *et al.*, 2004).

Os pacientes portadores de candidíase admitem usar dentaduras de forma contínua, removendo-as apenas esporadicamente (PUCCA Jr, 1995). Além da higiene precária, a infecção por *Candida* pode ter origem na confecção inadequada dos aparelhos protéticos (que podem estar desadaptados ou pressionando a mucosa subjacente), ou ainda confundir-se com reações alérgicas à base da prótese. Deve-se ressaltar ainda que uma infecção fúngica pode ser ocasionada/facilitada por uma deficiência do sistema imune, fato este que pode ser observado em pessoas idosas (SILVA, 2008).

Segundo Boraks (2002), o idoso queixa-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. São também exacerbadas por infecções devido a microrganismos oportunistas. Por se tratar de uma entidade de difícil diagnóstico, é de suma importância que o profissional, ao ter contato com o portador, realize, durante o exame clínico, uma *anamnese* bastante cuidadosa e detalhada, de modo que possa obter o maior número de informações possíveis, para só então instituir o diagnóstico e estabelecer a conduta terapêutica adequada. Além disso, fazer uma avaliação da personalidade do paciente é de fundamental importância para o diagnóstico, visto que a maioria dos casos tem uma origem psicogênica (BERGDAHL *et al.*, 1995 apud SILVA *et al.*, 2011).

A mucosa da cavidade bucal pode se tornar atrófica e friável, assumindo um aspecto brilhante devido às alterações metabólicas que ocorrem na pessoa idosa, incluindo desvio do equilíbrio hídrico (PUCCA Jr, 2005).

2.2.8 Desordens têmporo-mandibulares

Quando as articulações são sobrecarregadas, distúrbios que afetam as articulações temporomandibulares podem surgir e o indivíduo tem sua qualidade de vida alterada, não se deparando somente às limitações impostas pelo envelhecimento, mas passa a ser portador de dores orofaciais e dificuldades de

alimentação, fonação e deglutição, incorporados inúmeras vezes ao estresse, afetando toda a sua estrutura social (STECHMAN NETO *et al.*, 2002).

2.2.9 Câncer bucal

O câncer da boca é uma doença que afeta homens na 5ª e 6ª décadas de vida e está associado aos hábitos de fumo e etilismo (PERUSSI *et al.*, 2002). A incidência do câncer de boca aumenta após os quarenta anos e tem implicações graves, como causa direta de mortalidade, de amplas mutilações pós-cirúrgicas e de complicações bucais severas pós-radioterapia (por lesão de glândulas salivares, lesões vasculares e ósseas). O diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam cura em cerca de 80% dos casos, entretanto 60% destes chegam aos centros de referência brasileiros nos estádios III e IV, quando o tratamento não é mais curativo (INCA, 1996; INCA, 1999).

A orientação dos fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, irritação mecânica das mucosas bucais) e o diagnóstico precoce do câncer de boca são medidas preventivas que requerem o envolvimento de todos os profissionais que cuidam do idoso, e não só do cirurgião-dentista (SHINKAI e CURY, 2000; SILVA *et al.*, 2011).

2.3 Próteses

A capacidade mastigatória, afetada pelas extrações, pode ser, em parte, recuperada através do uso de próteses. No entanto a falta de assistência odontológica posterior à colocação da prótese é um dos fatores que justificam os elevados percentuais de necessidade de reparo ou substituição assim como a alta prevalência de lesões associadas às mesmas (MACÊDO *et al.*, 2009). Pacientes edêntulos reabilitados com próteses podem desenvolver bacteremias em virtudes de úlceras provocadas pelas mesmas (DAJANI *et al.*, 1997).

As pessoas que usam dentaduras mastigam de 75 a 85% menos eficientemente que aquelas com dentes naturais, o que leva à diminuição do

consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, razão pela qual idosos com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais, fato que pode ocasionar consumo inadequado de energia, ferro e vitaminas (VERAS, 2001).

2.4 Impacto do envelhecimento sobre a sociedade

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 (ROSA, 2008).

Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. Essa mudança na estrutura da população é caracterizada pela transição demográfica, ou seja, o processo de alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade para outra com baixas taxas desses indicadores (RODRIGUES *et al.*, 2007). Surge, assim, a transição epidemiológica, definida pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis (PASCHOAL *et al.*, 2007).

O envelhecimento se mostra um desafio para o mundo atual, que afeta tanto os países ricos quanto os pobres, sendo assim um fenômeno global e, ao mesmo tempo, local. As transformações socioeconômicas ocorridas nas nações desenvolvidas no século XIX originaram o processo de envelhecimento da população mundial, entretanto, apenas na virada do século XX é que produziram mudanças expressivas nas suas variáveis demográficas. Essa nova realidade vem desencadeando um grande impacto no sistema de saúde brasileiro e vem se mostrando um grande desafio, já que os modelos tradicionais de assistência ao idoso têm-se mostrado ineficientes, evidenciando a urgência de se desenvolver novos estudos e análises visando políticas públicas de promoção e prevenção de saúde no envelhecimento, que proporcionem qualidade de vida aos idosos (VERAS e CALDAS, 2004; LOURENÇO *et al.*, 2005).

Siqueira *et al.* (2004) afirmam que o envelhecimento populacional traz consigo a discussão quanto ao preparo dos sistemas de saúde na atenção dessa crescente

demanda. Frente ao envelhecimento da população idosa brasileira, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do País. Os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada.

Como a população envelhece, e os idosos são mais frequentemente afetados por doenças crônicas, o número de consultas tende a se ampliar progressivamente. Sabemos, também, que esse número ampliado de consultas leva a um incremento substancial do consumo de medicamentos, exames complementares e hospitalização (VERAS, 2001).

ASSIS (1998) observa que os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos em um país subdesenvolvido demandam respostas urgentes em diversas áreas.

No Brasil, desde que a mídia intensificou a divulgação do ponto de vista dos demógrafos acerca do envelhecimento populacional do país, criou-se a preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida na terceira idade (FREIRE, 2000).

A Organização Mundial da Saúde considerando o crescimento do número de idosos no mundo, julga necessário o desenvolvimento de estudos e pesquisas que irão direcionar as ações e prioridades quanto às políticas públicas concernentes à terceira idade (WHO, 2005).

O envelhecimento não é somente um processo biológico-fisiológico e psicológico. O envelhecimento é também um destino social (LEHR, 1999).

2.5 Políticas públicas voltadas para o bem estar do idoso

Às políticas públicas cabe garantir os direitos fundamentais (habitação, renda, alimentação) e desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência especializada à saúde, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso, programa de medicamentos, universidades da terceira idade (ASSIS, 1998).

Em abril de 2002, na Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri, foi aprovado o Plano Internacional de Ação sobre o

Envelhecimento (PIAE). O documento foi referendado por todos os países membros das Nações Unidas e representa, portanto, um compromisso internacional em resposta ao rápido envelhecimento da população mundial. As recomendações do PIAE definem três áreas prioritárias: a) como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; b) a importância singular e global da saúde; e c) como desenvolver políticas de meio-ambiente (tanto físico quanto social) que atendam às necessidades de indivíduos e sociedades que envelhecem (VERAS e CALDAS, 2004).

O Estatuto do Idoso sancionado em 2003, pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por meio da Lei Nº 1.074, de outubro de 2003 discute os direitos fundamentais do idoso relacionados aos seguintes aspectos: à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, assistência social, habitação e ao transporte. Além disso, discorre sobre medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça e crimes (BRASIL, 2003).

O envelhecimento é uma questão que, ainda que incorporada ao campo da Saúde Coletiva desde os seus primórdios, não vem merecendo a devida atenção dos formuladores e gestores de políticas públicas (VERAS e CALDAS, 2004). Oito milhões de brasileiros com mais de 65 anos padecem pela falta de políticas públicas adequadas e tratamento especializado (SIQUEIRA, 2005; MACÊDO *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Contribuir para a capacitação profissional do cirurgião-dentista da atenção básica no que diz respeito às particularidades da saúde geral e bucal do paciente idoso.

Objetivo específico:

Desenvolver no cirurgião-dentista competências em relação ao processo de envelhecimento e suas implicações para a saúde bucal.

4 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa, considerada apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Tal tipo de revisão permite adquirir e atualizar o conhecimento sobre determinada temática específica, sendo ainda caracterizada pela análise da literatura publicada em livros, artigos em formato impresso ou eletrônico, acrescidos das impressões críticas e pessoais do autor (BERNARDO, *et al*, 2004).

Foram consultadas publicações on-line, trabalhos publicados na língua portuguesa e inglesa na forma de artigos e monografias. A revisão bibliográfica para obtenção de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS: BIREME (<http://www.bireme.br>) e na PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>). Foram utilizadas para a pesquisa as bases BBO, BDENF, MEDLINE E LILACS e os unitermos “saúde bucal na terceira idade”, “idosos no Brasil”, “odontogeriatrics”, “alterações fisiológicas nos idosos”.

Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo optou-se por selecionar trabalhos publicados no período de 1985 a 2011. Foram selecionadas 64 produções científicas para leitura e análise na busca por conteúdo que abordasse as particularidades da saúde geral e bucal do paciente idoso. Este material foi lido na íntegra e dele extraiu-se o conteúdo principal que respondia ao objetivo do trabalho proposto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente tem-se verificado um aumento da população idosa no mundo inteiro e sabe-se que a velhice não implica necessariamente doença e afastamento, que o idoso tem potencial para mudança e muitas reservas inexploradas. Os idosos podem sentir-se felizes e realizados e, quanto mais atuantes e integrados em seu meio social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde (FREIRE, 2000) e maior será a probabilidade de melhor qualidade de vida. Envelhecer não deve significar, necessariamente, declínio ou perda das faculdades e funções (TERRA, 2002), entretanto a abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada à população em geral, pois o envelhecimento leva a alterações fisiológicas que predispõem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas típicas do envelhecimento. É necessário conhecer tais alterações, bem como os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo (ROSA, *et al.*, 2008).

5.1 Alterações bucais do envelhecimento

Com o aumento da idade a cavidade bucal passa a sofrer as conseqüências do envelhecimento e reflete muitas vezes as alterações sofridas pelo organismo, a mucosa oral torna-se mais sensível aos danos mecânicos. A maior parte das alterações observadas na cavidade bucal da população idosa é conseqüência de condições médicas, de fármacos, da crescente inabilidade funcional ou da incapacidade psicológica e da dificuldade de acesso a cuidados preventivos, o que resulta na diminuição dos cuidados com a própria saúde (ACEVEDO *et al.*, 2001). Muitas doenças sistêmicas se manifestam com mais frequência na terceira idade, como a hipertensão, cardiopatias, diabetes, osteoporose, reumatismo, colesterol alto, entre outras. A artrite, doenças cardiovasculares, alergias, diabete e bronquite crônica são as condições crônicas mais comuns que afligem os idosos (CARDOSO, 2009). Indivíduos idosos, frequentemente, são usuários crônicos de medicamentos para tratamento de desordens sistêmicas que também podem desenvolver efeitos diretos ou indiretos sobre a mucosa bucal e os tecidos dentários.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações importantes na região bucomaxilofacial: cáries, periodontopatias, desgastes dentais, edentulismo, xerostomia, redução da capacidade gustativa, lesões de tecidos moles, problemas na articulação temporomandibular (ATM), câncer bucal, redução do fluxo salivar (associado ao uso de medicamentos, à terapia radioativa para o tratamento do câncer, ao uso de antihipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, anticolinérgicos e antihistamínicos). BORAKS (2002) afirma que, com a avulsão de elementos dentários e/ou devido à abrasão dos dentes remanescentes, ocorre diminuição da dimensão vertical, provocando queilite angular. A pele torna-se menos espessa e seca, perdendo tônus muscular. As glândulas salivares reduzem em tamanho e função, podendo promover o surgimento de xerostomia. Outro aspecto importante, ainda segundo BORAKS (2002), é o idoso queixar-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. A xerostomia impede a correta formação do bolo alimentar, pela ausência de umidificação dos alimentos, influenciando de forma negativa o processo digestivo, agravando nos idosos as carências nutricionais.

Segundo dados mundiais a cárie pode ser considerada o principal problema de saúde bucal das pessoas com mais de 60 anos e alguns fatores como a redução do fluxo salivar pelo uso de medicamentos potencializam a ação dessa doença oral (ETTINGER, 1993).

A doença periodontal se relaciona algumas vezes ao desenvolvimento de cáries radiculares, uma vez que, ao provocar recessões gengivais, deixa a raiz exposta e a predispõe a tal ocorrência. Os problemas motores que podem acometer os pacientes idosos dificultam a capacidade do paciente em realizar uma completa higiene bucal, aumentando dessa forma, o índice de cárie, gengivite e periodontite (SILVA, 2008). Segundo ACEVEDO *et al.* (2001) no idoso, por causa da formação da dentina secundária, a sensibilidade cervical é menor podendo ser tratada de forma conservadora com pastas e vernizes fluoretados .

A redução da capacidade gustativa se dá com o avanço da idade principalmente pela diminuição do número de botões gustativos na papila, ocorrência de fissuras e varicosidades na superfície ventral da língua e presença da saburra lingual (SILVA *et al.*,2011).

Com a ocorrência de desordens têmporo-mandibulares, acompanhadas inúmeras vezes por um quadro de estresse, o idoso tem sua qualidade de vida alterada passando a ser portador de dores orofaciais e dificuldades de alimentação, fonação e deglutição, afetando toda a sua estrutura social (STECHMAN NETO *et al.*, 2002).

No idoso a incidência do câncer de boca, principalmente o carcinoma epidermóide, aumenta após os quarenta anos e tem implicações graves, como causa direta de mortalidade, de amplas mutilações pós-cirúrgicas e de complicações bucais severas pós-radioterapia (por lesão de glândulas salivares, lesões vasculares e ósseas). O câncer de boca ocupa o 3º lugar em ocorrência dentre os cânceres, devendo ser diagnosticado no início de sua evolução para aumentar as chances de cura (SILVA *et al.*, 2011).

O idoso é detentor de altos níveis de edentulismo, o que causa grande dificuldade mastigatória, de fonação e deglutição, resultando em digestão deficiente que leva a agravos nutricionais afetando a saúde e repercutindo em sua qualidade de vida. A perda da dentição natural tem um impacto negativo na vida diária da população idosa que relata problemas psicológicos, tais como depressão por ausência de elementos dentais (reflexos na auto-imagem e na auto-estima), sintomas de desadaptação, com prejuízos nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional (WOLF, 1998), e até o isolamento. A aparência física é, infelizmente, um fator de exclusão social. Em razão de problemas de saúde bucal, cerca de 11% a 14% dos idosos relatam que evitam sorrir e dar risadas (LOCKER & SLADE; STRAUSS & HUNT, 1993 apud SHINKAI e CURY, 2000).

Na cavidade bucal do paciente idoso ocorrem com frequência muitas lesões de tecido mole relacionadas com o uso de próteses totais e as mais comuns são: hiperplasia fibrosa inflamatória, estomatite por prótese, úlceras traumáticas, rebordos flácidos, hiperplasia papilomatosa inflamatória, candidose, áreas de compressão, reabsorção óssea acentuada, hiperqueratose e queilite angular. Segundo Turano e Turano, (2002) apud GOIATO *et al.*, (2005) existem lesões decorrentes de um incorreto planejamento de próteses como, a queilite angular e traumas da articulação têmporo-mandibular e da musculatura do sistema estomatognático, causados por erros no estabelecimento da dimensão vertical ou ainda, por ajustes oclusais insuficientes.

Os traumatismos crônicos, a má adaptação da prótese e relações oclusais insatisfatórias, são alguns fatores predisponentes ao aparecimento de estomatites. Próteses com bordas sobreestendidas e oclusão não balanceada podem levar também ao surgimento de úlceras traumáticas (GONÇALVES *et al.*, 1995). A etiopatogenia das hiperplasias fibro-epiteliais inflamatórias (HFI) pode estar associada à inserção de novas próteses mal adaptadas, com bordas cortantes, que exercem pressão excessiva no sulco vestibular ou próximo a este. Coelho e Zucoloto (1998) relataram que a hiperplasia fibro-epitelial inflamatória (HFI) ocorre em decorrência de estímulos irritativos traumáticos sobre a mucosa, ao redor de próteses totais ou parciais mal adaptadas. A hiperplasia papilar inflamatória que acomete geralmente palato duro possui patogênese incerta, embora pareça estar relacionada com maior freqüência, a prótese desadaptada, má higienização e utilização da prótese continuamente. Alguns autores acreditam que esta lesão possa ser um dos componentes da sensação de queimação, que o paciente portador de prótese total sente na boca (NEVILLE *et al.*, 2004). Dessa maneira é sempre recomendável que as iatrogenias cometidas na cavidade bucal sejam corrigidas a fim de evitarem danos ao equilíbrio da saúde geral.

5.2 O cirurgião dentista e o envelhecimento

A capacidade mastigatória, a fonação, a deglutição e a estética, afetadas pelas extrações, podem ser, em parte, recuperadas através do uso de próteses influenciando direta ou indiretamente no bem-estar do indivíduo. No entanto, na prática odontológica, é comum observarmos lesões orais decorrentes do uso de próteses iatrogênicas ou até mesmo de uma inadequada orientação do paciente pelo cirurgião dentista quanto ao uso e higienização dessas próteses (MACEDO *et al.*, 2009).

As próteses removíveis (totais ou parciais) devem ser cuidadas, higienizadas e trocadas periodicamente. Em associação ao trauma, a má higienização da prótese age como fator predisponente ao aparecimento de lesões como a candidíase, na qual o desenvolvimento do parasita depende das condições gerais de saúde do hospedeiro. Comumente os pacientes acometidos por esse tipo de lesão admitem utilizar as dentaduras de modo contínuo, removendo-as somente de tempos em tempos (NEVILLE *et al.*, 2004). A higiene é um dos fatores principais na manutenção

da saúde bucal; cabe ao dentista a tarefa de orientar detalhadamente e incentivar o seu paciente quanto a realização da higienização a fim de estabelecer uma rotina diária de escovação com dentifrício fluoretado e o uso do fio dental, uso de escovas elétricas, escovas interproximais e escovas próprias para próteses removíveis com associação de pastilhas efervescentes associado a higienização intra-oral, incluindo limpeza da língua para evitar a saburra (GONÇALVES *et al.*, 1995). No entanto, no que se refere ao paciente idoso não se pode deixar de considerar algumas limitações comuns desta faixa populacional e para facilitar a higienização da cavidade bucal cuidados como adaptação de cabos de escovas, uso de instrumentos para facilitar a passagem de fio dental, uso de substâncias preventivas e terapêuticas (principalmente fluoretos e clorexidina) devem ser adotados (SHINKAY e CURY, 2000). O controle do ambiente bucal é a medida preventiva específica mais importante em idosos.

O paciente deverá ser orientado quanto a não dormir com as próteses ,a fim de promover relaxamento e descanso aos tecidos, e a trocá-la em períodos relativamente curtos, para diminuir a presença de lesões, pois quanto mais antiga a prótese, mais desadaptada ela se torna causando lesões mais freqüentemente. As instruções recebidas e o comportamento positivo do paciente tende a desaparecerem em um curto período de tempo, dessa forma deve-se instituir para cada paciente reavaliações em intervalos periódicos para revisão e reforço da conduta inicial (GOIATO *et al.*, 2005).

No atendimento clínico inicial do idoso deverá ser realizado o exame do idoso, bem como avaliação do estado geral de sua saúde , avaliação da cavidade bucal, orientação sobre higiene bucal de forma clara, estabelecendo-se contato visual e sem elevar a voz. As consultas devem ser curtas e no período da manhã, as doses de medicamentos devem ser recalculadas em razão da sensibilidade de tais pacientes. Quando necessário, solicitar ajuda de familiares ou cuidadores no processo de higienização e atendimento de manutenção preventiva (ACEVEDO *et al.*, 2001).

O papel da odontologia em relação à terceira idade 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 indivíduo (ROSA, 2008). O cirurgião-dentista 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; portanto, na elaboração de um plano de tratamento dentário para o paciente idoso, se torna extremamente importante a visão multiprofissional, pois só assim é possível direcionar o tratamento odontológico no sentido de melhorar, ou, pelo menos, manter a condição de saúde bucal do paciente, sem causar danos à saúde sistêmica (CORMACK, 2000).

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa brasileira. Os serviços de saúde necessitam de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade. Há necessidade de cirurgiões-dentistas mais bem preparados para o atendimento da população idosa e capacitados a realizar uma anamnese completa, exame clínico altamente cuidadoso e estudo minucioso de exames complementares. Ao cirurgião-dentista cabe o papel de identificar as atividades específicas de saúde bucal, compartilhando-as com a equipe do PSF com o objetivo de realizar ações conjuntas que atinjam mais eficazmente seu público-alvo, tais como: palestras educativas-orientações aos idosos e familiares sobre os cuidados que devem ter com relação à prevenção de afecções bucais prevalentes, fonação, importância da higiene bucal, promoção da alimentação saudável, participação ativa dos familiares ou de cuidadores no processo de atenção à saúde bucal do idoso (MACEDO *et al.*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado recentemente que todos os países devem adotar estratégias para melhorar a saúde bucal dos idosos (LELIS, 2009).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família é um avanço importante, mas com resolutividade e efetividade discutíveis onde apenas procedimentos básicos, emergenciais e educativos são realizados (MACEDO *et al.*, 2009).

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 realizados, visto que idosos que comparecem a consultas periódicas são mais receptivos ao tratamento preventivo (ROSA, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise de dados provenientes desta revisão de literatura, considera-se importante a necessidade de uma abordagem diferenciada para pacientes idosos, pois o envelhecimento leva a alterações fisiológicas que predispõem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas típicas do envelhecimento. É necessário ao cirurgião-dentista conhecer tais alterações fisiológicas e patológicas, além de estar em contato direto com o médico geriatra uma vez que a maioria das drogas prescritas mais frequentemente aos idosos têm potencial de efeitos colaterais na boca; evidencia-se, assim, a importância da visão interdisciplinar para o bem-estar do paciente.

A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao esquecimento quando se discutem as condições de saúde da população idosa brasileira. Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem poucos ou nenhum dente remanescente.

A partir da revisão de literatura concluí-se que as propostas seriam:

- Desenvolver palestras sobre cuidados especiais para com o idoso, inclusive buscando o envolvimento dos cuidadores informais, com assuntos como: prevenção de cárie dentária, doença periodontal e câncer bucal, o auto exame da boca, a importância da manutenção dos dentes para a alimentação e para a saúde geral do idoso.

- Buscar formas para motivação do paciente enfatizando a necessidade de realizar e manter uma higiene correta da cavidade bucal, das próteses e da língua, o que deve ser explicado e demonstrado ao paciente detalhadamente.

- Considerar as limitações comuns desta faixa populacional e orientar sobre meios para facilitar a higienização da cavidade bucal como: adaptação de cabos de escovas, uso de instrumentos para facilitar a passagem de fio dental, uso de substâncias preventivas e terapêuticas (principalmente fluoretos e clorexidina).

- Orientar sobre o uso e cuidados com as próteses.

- Realização de consultas periódicas para prevenção e tratamento de afecções bucais prevalentes.

-Continuar realizando campanhas de prevenção contra o câncer bucal concomitantemente com campanhas de vacinação dos idosos, visando atingir de forma mais efetiva este público-alvo.

- Buscar a aproximação entre diferentes saberes e áreas: como o envelhecimento envolve diferentes condições sistêmicas é importante que a equipe médica seja convidada a participar nesse esforço. Diferentes setores da sociedade podem contribuir para o bem estar desse público, o que em última análise, vai contribuir para a sua saúde.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, RA; BATISTA, LHC; TRENTIN, MS; SHIBLI, JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. **Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo**; v.6, n.2, p.57-62, 2001.

ALENCAR, YMG; CURIATTI, JAE. Envelhecimento do aparelho digestivo. In: **Geriatrics. Fundamentos Clínicos e Terapêuticos**. São Paulo: Atheneu; cap. 14, p.203-7, 1994.

ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: C P Caldas (org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro : Eduerj, p.39-48, 1998.

BARBOSA, AF; BARBOSA, AB. Odontologia Geriátrica- Perspectivas atuais. **Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada**; v.6, n.33, p.231-234, 2002..

BERNARDO, WM; NOBRE, MRC; Jatene, FB. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: buscando as evidências em fontes de informação. **Rev Assoc Med Bras**; n.50, v.1, p.1-9, 2004.

BORAKS, S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: BRUNETTI, R; MONTENEGRO, FLB. **Odontogeriatrics: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas; cap. 6. p. 87-97, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde**. – 1. ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRUNETTI, RF, MONTENEGRO, FLB. Odontogeriatrics: prepare-se para o novo milênio. In: Feller, C; Gorac, R. **Atualização na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas; v 1, Cap. 15, p.471-87, 2000.

CARDOSO, AF. **Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento**. Disponível em: <[http://www.efdeportes.com/Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - Nº 130 - Marzo de 2009](http://www.efdeportes.com/Revista%20Digital%20-%20Buenos%20Aires%20-%20Año%2013%20-%20Nº%20130%20-%20Marzo%20de%202009)> Acesso em: 28 ago. 2011.

COELHO, CM.; ZUCOLOTO, S. Hiperplasia fibro-epitelial inflamatória da cavidade oral. **Revista da APCD**. v.52, n.5, p.383-387, set/out.,1998.

CORMARCK, E. **Asaúde oral do idoso**. 2002. [Online] Disponível em: www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html. Acesso em: 28 ago de 2011.

DUARTE, CA; CASTRO MVM. Geriatria: Doença Periodontal e Cardíaca. **RGO**, v.49, n.1, p. 40-44, jan/fev/mar., 2001.

DAJANI, AS; TAUBERT, K A; WILSON, W; BOLGER, AF; BAYER, A; FERRIERI, P. *et al.*. Prevention of bacterial endocarditis: Recommendations by the American Heart Association. **Journal of the American Dental Association**, n.128, p.1142-1151, 1997.

ETTINGER, RL. Oral health needs of the elderly – an international review. **International Dental Journal**, n. 43, p. 348-354, 1993.

FAJARDO, RS; GRECCO, P. O que o cirurgião-dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico – parte I: aspectos psicossociais. **JBC J Bras Clin Odontol Integr.**, v.7, n.40, p.324-330, jul-ago., 2003a.

FAJARDO, RS; GRECCO, P. O que o cirurgião- dentista precisa saber para compreender seu paciente geriátrico. Parte 2- Aspectos fisio-funcionais. **JOPE- J Bras Odonto- Psicol Odontol Pacientes Espec.**,v.1, n.5, p. 432-8, 2003b.

FERREIRA, RA. Odontologia: Essencial para a qualidade de vida. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões-Dentistas**, n.51, p.514-521, 1997.

FREIRE, AS. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em A.L. Neri & S.A. Freire (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, p. 21-31, 2000.

GARBIN, CAS; MOIMAZ, SASM; MACHADO, TP. Odontologia geriátrica: hoje e sempre. **RBO**, v.60, n.4, jul/ ago., 2003.

GOIATO, MC; CASTELLEONI, L; DOS SANTOS, DM; GENNARI FILHO, H; ASSUNÇÃO, WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. ***Pesq Bras Odontoped Clin Integr.***, n.5, p.85-90, 2005.

GONÇALVES, LPV; ONOFRE, MA; SPOSTO, MR; SCAF, G. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. ***Rev Bras Odont.***, n. 52, p 9-12, 1995.

HOEMAN, SP. ***Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos.*** 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2000.

INCA (Instituto Nacional do Câncer), 1996/1999. ***Câncer de Boca. Manual de Detecção de Lesões Suspeitas.*** 1999. [Online] Disponível em: www.inca.org.br/manual/boca/index.html. Acesso em: 28 ago de 2011.

JACOB FILHO, W; CHIBA, T. ***Atendimento multidisciplinar in Geriatria.*** São Paulo: Atheneu, cap 33, p.399-405,1994.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. ***Est. Interdiscipl. Envelhec.***, Porto Alegre, v.1, p.7-35, 1999.

LELIS, ER., *et al.* Incidência e prevalência de doenças bucais em pacientes idosos: Alterações morfológicas, sistêmicas e bucais. ***Revista Inpeo de Odontologia.*** Cuiabá/MT. v.3 n.2. p. 47-82, ago/dez 2009.

LOURENÇO, RA., *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. ***Revista de Saúde Pública.*** São Paulo, v.39, n.2, p.311-318, 2005.

MACÊDO, DN., *et al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. ***Revista CRO, Odontologia. Clín.-Científ.***, Recife, v.8, n.3, p. 237-243, jul/set., 2009.

MACENTEE, MI. The prevalence of edentulism and diseases related to dentures – a literature review. ***Journal of Oral Rehabilitation.***, v.12, p 195-207, 1985.

MARCACCINI, AM; SOUZA, PHR; TOLEDO, BEG. **A influência da idade sobre o periodonto**. *Odonto 2000 – Odontologia do Século XXI*; v.1,n.1, p.8-12, 1997.

MORIGUCHI, Y. **Aspectos geriátricos no atendimento odontológico**. *Odontol Mod*; v.19, n.4, p.11-3, 1992.

NEVILLE, BP; DAM, DD; ALLEN,CM; BOUQUOT, JE. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PADILHA, DMP; SOUZA, MAL. Alterações da mucosa bucal observadas em dois grupos de idosos no Brasil e na Inglaterra. **Rev Odonto Ciência**; n.13, p.175-202, 1998.

PASCHOAL, S; FRANCO, RP; SALLES, RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M. **Tratado de Gerontologia**. 2a ed. rev. ampl. São Paulo (SP): Ed. Atheneu;. p.39-56, 2007.

PAUNOVICH, ED; SADOWSKY, JM; CARTER, P. The most frequently prescribed medications in the elderly and their impact on dental treatment. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 41, n. 4, p. 699-726, Oct. 1997.

PENNINI, SN; REBELLO, PFB; SILVA, MR. Queilites. **Jornal Brasileiro de Medicina**; v.78, n.6, p.104-110, 2000.

PEREIRA, AC., *et al.* Oral health and periodontal status in Brazilian elderly. In: RODRIGUES, SM; VARGAS, AMD; MOREIRA, AN. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. **Revista Científica da Faculdade de Ciência da Saúde (FACS) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)**, v.1, n.12, 2004.

PERUSSI, MR., *et al.* Carcinoma epidermóide da boca em idosos de São Paulo. **Rev Assoc Med Bras**; v.48, n.4, p. 341-4, 2002.

PINTO, MLMC. Doença periodontal no idoso: medidas preventivas. **Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia**, n.7, p.67-74,1987.

PUCCA JR., GA. **A Saúde bucal do idoso. Aspectos demográficos e epidemiológicos.** Medcenter.2000. [Online] Disponível em: www.portalodontologia.com.br/odontologia/principal/conteúdo.asp?id=3050 >. Acesso em: 17 de ago. 2011.

PUCCA JR., GA, 1996. Saúde bucal do idoso: Aspectos sociais e preventivos. In: **Gerontologia** (M. Papaléo Neto, org.), pp. 297-310, São Paulo: Editora Atheneu.

PUCCA JR., GA. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade. **Odontol Mod.**; v.22, n.4, p. 27-8, 1995.

QUEIROZ, CM., *et al.* Avaliação da condição periodontal do idoso. **Revista Brasileira Cabeça e Pescoço**, v.37, n.3, p. 156-159, jul./ago./set. 2008.

RODRIGUES, RAP., *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v.16, n.3, p.536-45, Jul-Set. 2007.

REZENDE, TO. **Cuidados bucais em pacientes idosos hospitalizados realizados pelas equipes de enfermagem**, ABENO, Monografia de Especialização em Odontogeriatría, 181 p., 2005.

ROLDAN, S; HERRERA, D; SANZ, M. Biofilms and the tongue: therapeutical approaches for the control of halitosis. **Clin Oral Invest**; n.7, p.189-97, 2003.

ROSA, LB., *et al.* Odontogeriatría- a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v.13, n. 2: p. 82-86, mai./ago. 2008.

RUTKAUSKAS, JS. **The Dental Clinics of North America. Clinical Decision-Making in Geriatric Dentistry.** Philadelphia: W. B. Saunders Company. 1997.

SEGER, L. Psicologia aplicada à prótese. In: **Psicologia e Odontologia: Uma Abordagem Integradora**(L. Seger, org.), p. 275-286, São Paulo: Livraria Santos Editora, 1998.

SHINKAI, RSA & CURY, AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4: p.1099-1109, out-dez. 2000.

SHIP, JA., *et al.* Old age in health and disease – lesions from the oral cavity. **Oral Surg Med Oral Pathol**, v.76, p.40-4, 1993.

SILVA, EMM., *et al.* Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura. **Odonto**; v.19, n.37, p. 39-47, 2011.

SILVA, EMM; SILVA FILHO, CE; FAJARDO, RS; FERNANDES, AUR; MARCHIORI, AV. Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. **Rev. Ciênc. Ext.** v.2, n.1, p.65, 2005.

SILVA, SO., *et al.* Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo – RS. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n.3, p. 303-308, jul./set. 2008.

SILVA, SRC; VALSECKI JR, A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. In: Mesas, AE; Trelha, CS; Azevedo, MJ. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, RJ, 2008.

SILVA, EMM., *et al.* Aspectos periodontais do paciente idoso. *Salusvita*, Bauru, v. 27, n. 2, p. 275-285, 2008.

SIQUEIRA, AB., *et al.* Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694. 2004.

SIQUEIRA, SL. **A importância da dentição para uma boa nutrição na terceira idade** [monografia]. Campinas: Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic; 2005.

STECHEMAN NETO, J; FLORIANI, A; CARRILHO, E; MILANI, PAP. Articulação temporomandibular em pacientes geriátricos. **JBA j. bras.** Oclusão, ATM e dor orofacial, Curitiba, v. 2, n. 8, p. 345-350, out./dez. 2002.

TERRA, NL. **Envelhecendo com qualidade de vida**: Programa Geron da PUCRS. 2. reimp. Porto Alegre: EDIPUCRS, p.203, 2002.

VERAS, RP; CALDAS, CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 423-432, 2004.

VERAS, RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 72-85, set-nov, 2001.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / **World Health Organization**; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WOLF, SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas**, n.52, p. 307-316, 1998.