
**Cuidados com a higiene bucal do idoso: orientações,
materiais e métodos utilizados**
**Cares with the senior's buccal hygiene: orientations,
materials and methods used**

MURILLO SUCENA PITA¹
RODOLFO BRUNIERA ANCHIETA¹
MANOEL MARTIN JÚNIOR²
CARLOS MARCELO ARCHANGELO²
EULÁLIA MARIA MARTINS DA SILVA³
DÉBORA BARROS BARBOSA⁴
PAULO RENATO JUNQUEIRA ZUIM⁴

RESUMO: O envelhecimento da população brasileira segue uma tendência mundial que se deve à queda da natalidade e aos avanços da biotecnologia. Projeções indicam que em torno de 2020 este número deve exceder 30 milhões de pessoas, o que representará 13% da população nacional. Portanto uma maior consciência preventiva dos pacientes e dos odontogeriatras é essencial, pois não se pode mais conceber a idéia de que perder dentes é inerente ao envelhecimento. Baseado nesses conceitos preventivos, o propósito do presente estudo é explorar através de uma revisão de literatura, os cuidados odontológicos inerentes ao idoso, bem como as orientações, materiais e métodos de higienização utilizados na promoção da saúde bucal. Para propiciar um

¹Alunos do Curso de Pós-Graduação em nível de Mestrado, área de concentração Prótese Dentária, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP – Rua: Lázaro de Camargo Enke, 2067, Cep 15020-080, São José do Rio Preto, e-mail: murillo_pita@yahoo.com.br

²Mestres e Doutores em Prótese Dentária pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

³Professora Adjunta do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

⁴Professores Assistentes Doutores do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

envelhecimento saudável a toda à população, os odontogeriatras devem se ater às condições de saúde bucal na terceira idade, adotando uma postura preventiva e promovendo saúde bucal e qualidade de vida aos pacientes com idade avançada. Para isso é necessário conhecer suas limitações e todos os fatores que estão influenciando seu estado bucal, enfatizando as orientações e o adequado uso dos materiais e métodos de higienização.

Palavras-chave: Odontologia Geriátrica. Saúde Bucal. Higiene Bucal. Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT: The aging of the Brazilian population follows a world tendency that is due to the fall of the birth rate and the progresses of the biotechnology. Projections indicate that around 2020 this number should exceed 30 million people, what will represent 13% of the national population. Therefore, a larger preventive conscience of the patients and of the dentists it is essential, because cannot conceive the idea that to lose teeth it is inherent to the aging. Based on those preventive concepts, the purpose of the present study is to explore through a literature revision, the dentistry cares inherent to the senior, as well as the orientations, materials and dental cleansing methods used in the promotion of the oral health. To propitiate a healthy aging the all to the population, the dentists are have to see the conditions of oral health in the third age, adopting a preventive posture and promoting oral health and life quality to the patients with advanced age. For that it is necessary to know the limitations of elderly people and all the factors that are influencing your oral state, emphasizing the orientations and the appropriate use of the materials and dental cleansing methods.

Key-words: Geriatric Dentistry. Oral Health. Oral Hygiene. Health Services for the Aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira segue uma tendência mundial que se deve à queda da natalidade e aos avanços da biotecnologia. Em função desses fatores a população idosa vem se expandindo rapidamente, de 1950 a 1998 verificou-se um crescimento de quase 8 milhões de idosos a cada ano. Os números mostram que a cada dez pessoas, existe uma com 60 anos ou mais e, em 2050, estima-se que a relação será de uma pessoa idosa a cada cinco pessoas em todo o mundo, e de uma para cada três nos países desenvolvidos. Projeções indicam que

no Brasil, em torno de 2020, este número deve exceder 30 milhões de pessoas, o que representará 13% da população nacional (IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA, 2006).

Com o passar dos anos ocorre um envelhecimento natural do organismo humano e com ele as alterações referentes à cavidade oral. Os problemas bucais mais comuns encontrados na população idosa incluem: cáries, dentes extraídos, doenças periodontais, lesões da mucosa bucal, necessidade de próteses, elevados percentuais de necessidade de reparo ou substituição de próteses e distúrbios da articulação temporomandibular (FRARE et al., 1997). As perdas de elementos dentais decorrem sobremaneira do acúmulo de placa bacteriana e formação de cálculos dentais, que são os principais agentes causadores da doença periodontal, que associada à higiene oral deficiente e limitações físicas, representam os maiores responsáveis pela indicação de exodontias (REZENDE, 2005).

Inicialmente, o tratamento ao paciente senil baseava-se em um modelo apenas curativo. Essa postura acabou por gerar um quadro degenerativo, em que os problemas se instalavam com difícil chance de reversão (FRARE et al., 1997). Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), existem 30 milhões de desdentados no Brasil. É importante ter-se em mente que a instalação de aparelhos protéticos não representa o final do tratamento dos pacientes. Com o aumento do número de idosos, este modelo tornou-se insustentável e, atualmente, existe a tendência de ocorrerem mudanças de caráter preventivo na odontologia, necessitando da conscientização do idoso referente à sua saúde bucal, pois esta se encontra debilitada (FRARE et al., 1997).

Nos últimos anos, a maior consciência preventiva dos pacientes e dos profissionais foi uma contribuição essencial para a preservação dos dentes naturais, e conseqüentemente a demanda por tratamentos odontológicos mais complexos foi aumentada, reduzindo os índices de edentulismo. Não se pode mais conceber a idéia de que perder dentes é inerente ao envelhecimento (REZENDE, 2005).

Baseado nesses conceitos preventivos, o propósito do presente estudo é explorar através de uma revisão de literatura, os cuidados odontológicos inerentes ao idoso, bem como as orientações, materiais e métodos de higienização utilizados na promoção da saúde bucal e por conseguinte da saúde geral, proporcionando qualidade de vida aos pacientes geriátricos.

REVISÃO DE LITERATURA

A higienização de um paciente senil, portador de qualquer tipo de reabilitação, é fator primordial de sucesso na terapia preventiva implantada. Por serem usuários de próteses e já apresentarem algumas alterações bucais normais decorrentes da idade, deve-se redobrar a atenção com relação aos hábitos de higiene, com o intuito de prevenir o aparecimento de mais problemas agravantes como cáries rampantes devido à diminuição do fluxo salivar, problemas periodontais e cáries de raiz. Devemos nos ater também ao planejamento e indicação de trabalhos protéticos, que devem estar adequados não somente às necessidades funcionais e estéticas da reabilitação, mas também às reais capacidades físicas (capacidade motora) e cognitivas (de compreensão dos propósitos preventivos) do paciente idoso. O profissional deve procurar reconhecer e projetar quais as possíveis alterações motoras e cognitivas que o paciente, se ainda não as possui, poderá vir a ter em algum momento de sua vida, e que irão influenciar tanto na indicação do aparelho como posteriormente em sua higienização. O planejamento sempre deve estar voltado para o futuro em odontogeriatria. O paciente senil debilitado precisa de auxílio externo (familiares ou enfermeiros) para manter sua saúde bucal, e este fato ainda sofre a influência da condição psicológica do paciente, muitas vezes resistente à ajuda externa (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Atribui-se a má higienização oral a vários fatores como desmotivação, falta de informação, problemas socioeconômico-culturais, dificuldades psicomotoras, deficiência visual, falta de compreensão cognitiva dos propósitos preventivos e falta de uma equipe de higienistas treinada e padronizada. Outros fatores relevantes a serem considerados no paciente geriátrico são as dificuldades visuais e motoras, além da redução fisiológica do fluxo salivar, que pode interferir na qualidade da higiene oral e das próteses. Deve-se considerar ainda, que o paciente geriátrico requer atenção redobrada quanto à presença de doenças sistêmicas e ao uso de medicamentos que podem também alterar o fluxo salivar e a microbiota bucal (NAPOLITANO, 2006).

Pacientes idosos apresentando perda da capacidade cognitiva frequentemente são incapazes de cuidar da própria saúde oral, bem como das suas próteses, ressaltando a importância de cuidadores devidamente capacitados para realizar a higiene e evitar o surgimento de doenças orais (ARAI et al., 2003).

Baseado nas limitações e nos fatores adversos oriundos do envelhecimento, a odontogeriatria, dentro da filosofia preventiva, objetiva o cuidado e a promoção da saúde bucal dos idosos através das seguintes orientações, materiais e métodos de higienização:

1) ESCOVAS DE DENTES

É o meio mais abrangente de limpeza dos dentes naturais, com um poder de remoção média de 60% da placa acumulada após a refeição. Devemos orientar os nossos pacientes a realizar a escovação de forma a direcionar as cerdas da escova para o interior do sulco gengival, para limpá-lo em sua intimidade, especialmente quando coroas totais estão em íntimo contato com esta região (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Escovas macias são indicadas para os idosos ao invés das duras (DRUMMOND; NEWTON; YEMM, 1995), entretanto sem deixar de alertar sobre a hora de trocar as escovas. Brunetti e Montenegro (2002) sugerem mostrar ao paciente as escovas usadas e deterioradas para demonstrar o período correto da troca, onde as cerdas estão abertas e não mais eficientes para penetrar no sulco gengival. Os autores recomendam um período médio de 2 meses para troca das escovas.

A limpeza dos rebordos alveolares, mesmo sob as próteses removíveis e overdentures, também deve ser estimulada devido ao depósito de resíduos alimentares que irão se deslocar para os dentes remanescentes, visto que a auto-limpeza do paciente está prejudicada pela xerostomia. Esses resíduos também favorecem a reabsorção óssea sob as bases, podendo gerar pigmentação na resina e mau cheiro na cavidade bucal (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Para pacientes que dependem de familiares ou auxiliares, devemos ressaltar novamente a importância da motivação deste pessoal, dando informações preventivas e mostrando como proceder nos cuidados orais ao idoso. Aqueles pacientes que possuem algum grau de deficiência motora, o uso de escovas elétricas pode ser uma medida eficaz para suprir pequenas restrições. Existem também no mercado diversos tipos de escovas com cabos anatômicos, que auxiliam a empunhadura por parte de pacientes portadores de artrite ou vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) (DRUMMOND; NEWTON; YEMM, 1995).

2) ESCOVAS INTERDENTAIS

Devido ao fato dos idosos apresentarem menor habilidade motora e maiores ameias interproximais, o uso do fio dental torna-se dificultado,

e as escovas interdentárias podem substituí-lo, sendo utilizadas como complemento da higienização bucal após a escovação (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Segundo Zanatto (1995), desde que usadas de forma adequada e com orientação profissional, as escovas interdentais são mais eficientes na limpeza de espaços interproximais amplos do que o próprio fio dental.

Entretanto, quando a ameia é muito estreita e está situada em um dente de prótese fixa, com ponto de solda alto e pouco distante da gengiva marginal livre, ou ainda em casos de ameias inter-abutments, devemos recomendar os passadores de fio dental ou o uso de fios com centro mais largo em substituição às escovas interdentais. Brunetti e Montenegro (2002) alertam que, apesar de eficiente, o uso de passadores de fio exige grande habilidade manual, que no futuro, o paciente pode vir a perder. Portanto deve ser ressaltada a necessidade da confecção de próteses fixas com ameias bem abertas para facilitar sua correta higienização.

3) FIOS DENTAIS

O uso do fio dental é um método imprescindível que complementa a higienização oral, uma vez que, por mais eficiente que seja uma escovação, jamais esta conseguirá uma limpeza completa da região interdental (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Em contrapartida, apesar de necessário, a maioria da população idosa (60%) desconhece esse hábito e jamais utilizou o fio dental (OLIVEIRA; DORFER; STAHELE, 1997).

Especialmente na faixa etária mais avançada, o descaso para com o fio se torna crítico devido ao aumento fisiológico do espaço entre as ameias interdentais, propiciando o acúmulo de alimentos. Ainda, a presença de restaurações e coroas protéticas com prolongamentos proximais requer a necessidade de uma correta higienização. A possibilidade de ocorrer aumento do número de cáries radiculares, xerostomia e hiperplasias gengivais devido ao uso de fármacos, também são fatores que devem ser considerados para salientar a importância do fio dental como método preventivo (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Muitos idosos, entretanto, não apresentam habilidade manual necessária para permitir o uso do fio, e existem também situações em que a indicação do mesmo torna-se inviável, como em pacientes que sofreram AVC, com artrite, Parkinson ou problemas mentais. Nestes casos podemos lançar mão de um suporte que possibilita acessar e efetuar o trabalho esperado, com métodos alternativos de higiene como o uso de

escovas elétricas ou interdentais, bochechos com soluções desinfetantes e a restrição de alimentos cariogênicos na dieta (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

4) LIMPADORES DE LÍNGUA

Atualmente vem sendo divulgado o uso dos limpadores de língua, muito úteis para os idosos, especialmente pela camada que se forma na parte posterior da língua e que não se consegue tirar com a escovação normal. Como há a diminuição do número de papilas da língua com o decorrer da idade, há necessidade de mantê-las desobstruídas, conservando-se a capacidade gustativa dos pacientes geriátricos (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Além disto, 70% dos medicamentos normalmente consumidos pelos idosos provocam diminuição do fluxo salivar, prejudicando ainda mais a limpeza da língua.

A maioria da população ainda não tem por hábito fazer a higienização da língua, porém esta é de fundamental importância. Quando sua estrutura não está devidamente limpa, acumulam-se restos alimentares, bactérias e células mortas, originando a saburra lingual. Esta condição está intimamente relacionada com pneumonia aspirativa, mau-hálito e a não-percepção do gosto dos alimentos em decorrência das papilas gustativas estarem obstruídas, agravando ainda doenças como hipertensão e diabetes mellitus (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002; CHAIM, 2001; FRARE et al., 1997).

A limpeza da língua ajuda a remover os microrganismos responsáveis pelo desenvolvimento da cárie de raiz em pacientes idosos, reduz a halitose e melhora a percepção do paladar. A remoção mecânica de indutos é muito importante, e os limpadores/raspadores linguais são excelentes dispositivos auxiliares na obtenção de uma higiene bucal ampla e eficiente, contribuindo indiretamente no controle da hipertensão e da diabetes mellitus, que são de grande incidência nesta faixa etária. Particularmente nos pacientes acamados e nos idosos em geral, esse procedimento mostra-se necessário, frente à grande incidência de pneumonia aspirativa nos indivíduos nesta condição clínica (YAEGAKI; SANADA, 1992).

O limpador lingual se mostra como um meio de limpeza muito eficiente na terceira idade, e o seu uso deve ser difundido entre todos os envolvidos com os cuidados de saúde dirigidos aos pacientes idosos. Deve ser utilizado após as refeições, com leve pressão de trás para frente no dorso da língua, quantas vezes se fizerem necessárias (ROWLEY et

al., 1987). A prática de higienização da língua não tem demonstrado qualquer aumento de irritação tecidual, e a maioria dos indivíduos que a executam mostram além da excelente aceitação e da sensação de limpeza obtida, o interesse em executar sua higienização (QUIRYNEN et al., 2001; ROWLEY et al., 1987). O importante é que a primeira limpeza utilizando o limpador/raspador lingual seja feita no consultório, informando ao paciente como o dispositivo deve realmente ser utilizado (TARZIA, 2003).

5) FLUORTERAPIAS E COLUTÓRIOS

O uso de flúor em idosos deve ser estimulado devido à atuação de vários fatores que contribuem para maior incidência de cárie nesses pacientes (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Erickson (1997) relata que o flúor participa tanto na prevenção como na remineralização de lesões incipientes, além da possibilidade de apresentar efeito anti-cálculo para acúmulos supragengivais devido a sua ação antimicrobiana. É indicado o uso de pastas com flúor, materiais restauradores em regiões cervicais que tenham liberação gradual da substância e bochechos como método preventivo contra o desenvolvimento de lesões cariosas.

Existem diversos tipos de colutórios bucais, que além do grande acesso, as facilidades de uso aliadas ao poder da mídia influenciam a sua aplicação de maneira indiscriminada. Cabe ao cirurgião dentista conscientizar seus pacientes a respeito da ineficácia desses produtos quando comparados à higiene mecânica tradicional (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Assim, o idoso independente deve ser informado das limitações desse método considerado cômodo. Entretanto, para aqueles que possuem certas limitações ou totalmente dependentes, a utilização de bochechos com soluções anti-sépticas contribui para a higienização bucal.

Em certos casos em que o paciente não tolera nenhuma manipulação em sua boca, como os portadores de deficiência mental, só restaria o emprego desse método associados às restrições alimentares (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). Dentre os tipos existentes, Monfrin e Ribeiro (2000) ressaltam a ação dos colutórios que contém 0,12 a 0,2% de clorexidina em sua fórmula, agente anti-séptico, anti-cáries e anti-placas inquestionável quanto a sua eficiência. Esses autores também alertam que muitos produtos não confirmam as propriedades e especificações fornecidas pelos fabricantes, o que pode agravar as condições de higiene bucal em função da falsa idéia de limpeza.

Além dos materiais e métodos descritos, podem ser citados outros meios mecânicos de limpeza, como os irrigadores com água sob pressão, que auxiliam a remoção de placa em porções superficiais do sulco gengival, e as escovas elétricas, indicadas quando o paciente possui real e constatada deficiência manual para usar escovas comuns ou ainda apresenta abertura bucal limitada. Outro meio de suma e trivial importância é a higienização das próteses, sejam fixas e/ou removíveis.

As próteses fixas sobre dentes ou implantes se comportam, na escovação, como se fossem dentes naturais. Assim, deve-se ressaltar a importância da limpeza no interior do sulco gengival, além de outros meios de higienização que esse tipo de prótese exige e que serão discutidos posteriormente. Já as próteses do tipo removíveis (prótese parciais removíveis, prótese totais e overdentures) levam certa vantagem sobre as próteses parciais fixas ou implanto-suportadas pelo fato de sua higienização ser facilitada, pois esta é realizada fora da boca pelo paciente ou pessoal auxiliar.

Com relação aos meios para limpeza de próteses, existem escovas especiais para limpar a parte interna dos grampos ou mesmo limpadores de mamadeira adaptados a custo muito mais acessível. Escovas para a limpeza das selas e dentes artificiais também podem ser indicadas, bem como diversas substâncias para imersão das próteses, que podem ser líquidas ou em forma de pastilhas efervescentes e, quanto ao seu uso, recomenda-se uma vez por semana ou quinzenalmente (ERICKSON, 1997). A literatura cita os peróxidos alcalinos, hipocloritos alcalinos (hipoclorito de sódio 0,5%), ácidos diluídos (ácido clorídrico, fosfórico ou benzóico), desinfetantes (clorexidina a 2% solução ou gel) e enzimas (proteases e mutases). O uso dessas substâncias deve ser controlado, já que pode desenvolver problemas como o ataque à resina acrílica das bases protéticas ou à estrutura metálica das próteses parciais removíveis.

O uso da clorexidina, apesar de ter sua eficiência comprovada quanto à redução significativa da formação de placa, possui alguns inconvenientes como o manchamento dos dentes, língua e da resina acrílica, induzindo ao mau hálito quando usada frequentemente. Vale ressaltar que a utilização dessas substâncias é um método válido, porém, deve ser encarado como meio auxiliar de higienização, não substituindo de forma alguma a limpeza mecânica das próteses pela escovação. Seu emprego deve ser muito bem orientado para não ser realizado de maneira aleatória causando, assim, inúmeros problemas.

Segundo Brunetti e Montenegro (2002) a limpeza constante a cada refeição com escova de dente é o meio mais eficaz e, dificilmente, exige complementos. Sabe-se atualmente que o melhor método de higienização é escova/sabão, pois é capaz de remover o biofilme da superfície das próteses e não contém abrasivo como nos dentífricos, que pode remover a camada de polimento superficial da prótese, deixando-a mais porosa e mais suscetível à deposição de biofilme.

Sobre o descanso noturno dos tecidos pela remoção das próteses, há muitos trabalhos científicos que defendem sua aplicação. Carlsson et al. (1969) relatam que a reabsorção óssea é inevitável e ocorre mesmo se o paciente não usar próteses. Entretanto, essa reabsorção será maior se o paciente fizer uso do aparelho e, se este não estiver bem adaptado, o evento poderá se tornar crônico e não controlável clinicamente. Esses autores também observaram que dentre os pacientes que utilizavam próteses, aqueles que as removiam durante a noite tiveram menores índices de reabsorção e menor número de lesões nos tecidos moles quando comparados àqueles com próteses de mesma qualidade e adaptação, mas que não as removiam para dormir.

Segundo Budtz-Jorgensen et al. (2000), a prevalência da estomatite protética diminui com a melhora da higienização e suspensão do uso de próteses totais durante as horas de sono, portanto, esse seria um comportamento altamente recomendável. O descanso da mucosa é necessário por um período de pelo menos oito horas diárias (HARVEY; BRADA, 1993). Este fato, às vezes é negligenciado pelos cirurgiões-dentistas durante a entrega das próteses, que não o relaciona a problemas de ordem social e psicológica, uma vez que o paciente idoso se mostra resistente ao remover sua prótese diante do cônjuge ou familiares. É preciso então, que os profissionais da área conscientizem seus pacientes a respeito da importância desse hábito, pois o aumento da reabsorção do rebordo alveolar dificultará a adaptação de futuros aparelhos.

Brunetti e Montenegro (2002) citam, porém, alguns casos em que as próteses devem ser mantidas durante a noite, como em casos de pacientes portadores de bruxismo, de poucos dentes suportes debilitados periodontalmente que recebem uma prótese cujos dentes antagonistas estão bem implantados, com grande potência muscular, e em casos de reconstrução oclusal em determinada dimensão vertical de oclusão, em que removida a prótese poderá desenvolver-se um trauma dental.

O paciente geriátrico requer atenção redobrada no que diz respeito às alterações bucais decorrentes do processo de envelhecimento, em

virtude de que as doenças crônicas fazem parte desse momento de sua vida. O uso de medicamentos muitas vezes interfere no controle da higiene oral. Tal realidade associada às deficiências do sistema imunológico e ao uso de próteses pode levar ao aparecimento da estomatite protética, que é um processo inflamatório crônico freqüentemente encontrado na fibromucosa de pacientes portadores de próteses. A melhor forma de combater essa lesão é a prevenção. Para tanto é fundamental a higienização da mucosa bucal e da base da prótese, pois a aderência de fungos ao acrílico da prótese constitui fator importante para o desenvolvimento da candidíase (SANTOS, 2002; REZENDE, 2005).

Muitos são os métodos e orientações de higiene e cuidados que devem ser transmitidos aos pacientes pelo cirurgião-dentista na instalação de aparelhos protéticos. Cabe ainda salientar que devido ao número de informações e à própria condição limitante dos pacientes idosos (muitos são incapazes de assimilar tantas informações) é necessário que essas instruções sejam feitas por escrito, ao próprio paciente ou acompanhante, para que não gerem dúvidas.

Considerando-se os diversos meios de preservar as estruturas dentais, as medidas de uma correta higienização são as mais importantes, com o uso de escovas de dente, fio dental, escovas interdentais e demais dispositivos de limpeza conforme as características clínicas de cada caso. Mesmo que o paciente esteja acamado ou mesmo impossibilitado de realizar uma correta higienização oral, é importante que seu cuidador a faça eficientemente.

DISCUSSÃO

A meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 foi que 50% das pessoas na faixa etária de 65-74 anos apresentassem pelo menos 20 dentes em condições funcionais (FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE – FDI, 1982). Contudo, o último levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal da população brasileira ocorrido em 2002-2003, conhecido como SB Brasil 2003 (Condições de saúde bucal da população brasileira) revelou que o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) médio na população idosa com idade entre 65-74 anos foi de 27,79 (BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Outro estudo realizado em instituições de amparo a idosos no Município de Araçatuba, (São Paulo/Brasil) encontrou 69% de desdentados totais. Dos dentados, 58% necessitavam de tratamento periodontal, 48% eram portadores de prótese total e 52% não usavam prótese (SALIBA et al., 1999).

Com a inserção da Odontologia no Programa Saúde da Família (PSF) e a implantação do Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde, surge uma nova perspectiva de melhorar a situação de saúde bucal da população idosa brasileira, onde se espera benefícios por meio de ações preventivas e de reabilitação bucal (GAIÃO; ALMEIDA; HEUKELBACH, 2005).

O idoso está cada vez mais motivado para cuidar da saúde bucal, pois já percebeu que um número maior de dentes naturais na boca irá proporcionar maiores benefícios sociais e biológicos como a estética, a boa fonação, o conforto para mastigar e deglutir e, ainda se deliciar com o sabor dos alimentos. Por isso, é cada vez maior o número de indivíduos que chegam à terceira idade com um grande número de dentes naturais (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Porém, as perdas de alguns dentes e o uso de próteses inadequadas diminuem a eficiência mastigatória em 50 a 85%, ocasionando um menor consumo de nutrientes essenciais e conseqüentemente o desenvolvimento de alterações nutricionais. Assim, estes pacientes deixam de consumir, sobretudo alimentos ricos em fibras, proteínas e vitaminas, primordiais para sua boa recuperação orgânica. O processo digestivo se inicia na cavidade oral, e a formação do bolo alimentar nestes indivíduos é inadequada, sobrecarregando inclusive o trânsito estomacal, trazendo graves prejuízos a este órgão com não absorção adequada dos bons nutrientes da dieta dos idosos (REZENDE, 2005).

Quando os dentes são perdidos, a tendência é que a mastigação fique deficiente, e desenvolver-se-á uma sobrecarga no estômago para suprir as necessidades funcionais (MONTENEGRO, 2004). Quanto às alterações gástricas, o paciente deve ter cuidado com o *Helicobacter pylori*, pois este microrganismo que reside na boca (na placa dental e na saburra) pode migrar para o estômago e provocar gastrites, o que reforça a eficiência da higienização oral (TARZIA, 2003).

Não obstante, grande fração dos idosos vive sob constante regime alimentar, restringindo-se uma série de alimentos e condimentos. Este fato é particularmente notado nas dietas para hipertensos e diabéticos, com restrições para sal e açúcar, respectivamente. Tais dietas que

naturalmente são de difícil controle, até por uma questão de nossa cultura alimentar, quando associadas às alterações do paladar acabam por se tornar um verdadeiro martírio para o idoso (HEIDERICH, 1906). O paladar tem um papel importante para a qualidade de vida na terceira idade, e suas alterações podem trazer grandes transtornos no controle de dietas e conseqüentemente na nutrição do idoso (PARAJARA; GUZZO, 2000).

Por terem dificuldade de mastigação em conseqüência da perda de dentes, esses pacientes fazem a opção por alimentos ainda mais líquidos e pastosos, o que diminui a varredura na língua durante a mastigação e formação do bolo alimentar, aumentando o acúmulo da saburra lingual (MONTENEGRO, 2004). Quanto aos botões gustativos é unânime entre os autores, que eles devem ser desobstruídos para que assim o paciente tenha uma melhor acuidade gustativa, principalmente os pacientes hipertensos e diabéticos, que sentirão melhor o gosto dos alimentos evitando o consumo abusivo de sal e açúcar (FRARE, 1997; CHAIM, 2001; BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002; KINA, 2003; MONTENEGRO, 2004).

Os pacientes com idade avançada tendem a utilizar medicamentos que são xerostômicos como por exemplo os analgésicos, anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, antiparkissonianos e diuréticos. Essas drogas xerostômicas provocam em seus usuários uma queixa muito comum nos idosos, chamada de Síndrome de Ardência Bucal. A taxa de fluxo salivar naturalmente diminuído por um declínio no número de células acinosas, responsáveis pela fabricação de saliva, não traz nenhum efeito significativo em pessoas idosas sadias. Porém, uma série de fatores associados pode diminuir significativamente o fluxo salivar, provocando um processo de xerostomia (KINA, 2003). No grupo geriátrico, as origens que agravam a incidência da halitose são as perdas de unidades dentárias, causando a dificuldade de mastigação e conseqüentemente não estimulando adequadamente as glândulas salivares, aumentando assim o percentual de pacientes xerostômicos (MONTENEGRO, 2004).

Quando a resistência imunológica do paciente está baixa, as bactérias da doença periodontal e da saburra podem infectar os pulmões e provocar pneumonias (TARZIA, 2003). A cada inspiração, os pulmões recebem em seu interior uma série de bactérias, incluindo a *Chlamydia pneumoniae* e a *Pseudomonas aeruginosa*, dois tipos de bactérias que causam doenças respiratórias. Os idosos são mais suscetíveis à essa

contaminação, e por isso devem manter cuidados de higiene bucal ainda mais rígidos. A aspiração de conteúdos orais infectados, como a saliva contendo bactérias patogênicas gram-negativas, pode atingir o trato respiratório inferior e agravar quadros de pneumonia, doença de grande importância clínica para pacientes geriátricos. Pacientes idosos com entubação naso-gástrica tem uma significativa prevalência de colonização da orofaringe por patógenos e alterações do fluxo salivar, sendo relatados como riscos para a pneumonia aspirativa. É necessário para estes pacientes a mais perfeita revisão dos procedimentos de higiene oral existentes (REZENDE, 2005).

Vettore (2004) observou a partir de uma análise de estudos publicados desde 1980, que a doença periodontal aumenta em quase 20% as chances de um indivíduo sofrer de algum mal cardiovascular, e esta associação pode ter sérias conseqüências sobre a saúde pública e de forma direta com o acúmulo de microrganismos que se depositam na língua. A microbiota oral, aumentada em volume pelos problemas gengivais, pode causar diversas moléstias sistêmicas, promovendo depósitos de colônias bacterianas em outros tecidos humanos. Bactérias como *Streptococcus viridans* e *Staphylococcus aureus* estão relacionadas à endocardite infecciosa, cujos riscos podem ser minimizados com a eliminação dos focos infecciosos da cavidade oral (REZENDE, 2005).

Foi possível confirmar com diversos autores que a limpeza da língua só traz benefícios para o paciente, como a diminuição da halitose, cáries de raiz, pneumonia aspirativa, acidente vascular cerebral, doença periodontal, enfim, várias enfermidades. Pelo fato do paciente fazer uma correta higienização da língua, estará melhorando sua qualidade de vida e se prevenindo então, de várias possíveis doenças sistêmicas (YAEGAKI; SANADA, 1992).

A maior dificuldade para se manter a higiene adequada da cavidade oral e das próteses não se deve à falta de informação ou à implantação de programas de motivação, mas sim à dificuldade de convencer um paciente a mudar seus hábitos. O problema da má-higienização é muito mais complexo do que parece, uma vez que envolve questões psicológicas e culturais. O paciente idoso tem hábitos sedimentados em relação à higiene oral e à saúde em geral. É provável que por muito tempo esses pacientes tenham enfrentado problemas de saúde oral que culminaram com o uso da prótese total. Também deve-se levar em consideração, que toda vez que o paciente remove suas próteses

para higienização, o mesmo se depara com a mutilação da qual é portador, e isso pode ter um impacto psicológico desagradável.

Aliado a tal fato, o paciente acredita que se ele não fizer a higienização adequada da cavidade oral e das próteses, isso não acarretará uma mutilação pior do que a que ele já possui. É preciso entender melhor o que move o ser humano a alterar seu comportamento para que se possa atuar de forma mais objetiva nessa direção. Uma simples mudança na vida diária pode não ser tão facilmente absorvida. Os fatores psicológicos, sociais e culturais falam mais alto, principalmente para o idoso, que muitas vezes cristalizou atitudes diante de situações que a vida lhe proporcionou. É importante uma abordagem interdisciplinar para motivar pacientes geriátricos quanto à necessidade de realizar uma boa higiene oral e de suas próteses, a fim de prevenir doenças e promover saúde oral (NAPOLITANO, 2006).

CONCLUSÃO

Embasados nos relatos literários abordados, podemos concluir que para propiciar um envelhecimento saudável a toda à população, os odontogeriatras devem se ater às condições de saúde bucal na terceira idade, o que consiste na manutenção dos dentes saudáveis sob aspectos biológicos, devolução da habilidade para mastigação, melhora da sensibilidade gustativa, ajuda na fonação adequada e uma estética que coopere na reinserção social. Portanto, cabe ao cirurgião-dentista não apenas conhecer as alterações que acometem a cavidade oral do idoso e a realização, como rotina clínica, de um exame minucioso de dentes, gengiva e tecidos moles. Deve-se adotar uma postura preventiva, promovendo saúde bucal e qualidade de vida aos pacientes com idade avançada. Para isso, é necessário conhecer suas limitações e todos os fatores que estão influenciando seu estado bucal, enfatizando as orientações e o adequado uso dos materiais e métodos de higienização.

REFERÊNCIAS

ARAI, K. et al. Association between dental health behaviour, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. *Gerodontology*, v.20, n.2, p.78-83, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Saúde Bucal. Brasil 2000**. Disponível em: <http://dtr.2004.saude.gov.br>. Acesso em 9 de maio de 2006.

- BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- BUDTZ-JORGENSEN, E. et al. Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.28, n.2, p.141-9, 2000.
- CARLSSON G.E.; HEDEGARD, B.; KOIVUMAA K.K. Final results of 4-year longitudinal investigation of dentogingivally supported partial dentures. **Acta Odont Scand**, v.23, n.5, p.443-67, 1965.
- CHAIM, L.A.F. Comparação entre o uso de um raspador de língua “simplificado” (RLS) e uma escova dental na higiene da língua. **Rev Assoc Bras Odontol Nac**, v.9, p.242-6, 2001.
- DRUMMOND, J.R.; NEWTON, J.P.; YEMM, R. **Dental care of the elderly**. London: Mosby Wolfe, 1995.
- ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults. **Dent Clin North Am**, v.41, n.4, p.727-47, 1997.
- FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI). Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J**, v.32, p.74-7, 1982.
- FRARE, S.M. et al. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.51, n. 6, p.573-6, 1997.
- GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.3, p.316-23, 2005.
- HARVEY, W.L.; BRADA, B.J. Post-insertion care of patient with removable dentures. **J Colo Dent Assoc**, v.71, n.2, p.11-6, 1993.
- HEIDERICH F. Die zahl und die dimension der geschmacksknospen der papilla vallata des menschen in den verchiedenen lebensaltern. **Nachr Ges Wiiss**, v.1, p.54-64, 1906.
- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em fevereiro de 2006.
- KINA, S. **Alterações de sensibilidade gustativa no paciente idoso**. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/odontogeriatria>. Acesso em 2003.
- MONFRIN, R.C.P.; RIBEIRO, M.C. Avaliação de anti-sépticos bucais sobre a microbiota da saliva. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.54, n.5, p.400-7, 2000.
- MONTENEGRO, F.L.B. Limpador lingual deve ser usado por idosos. **Hoje em dia**, v.16, p.20, 2004.
- NAPOLITANO, F.A. **Critérios indicadores de higiene em próteses totais e fatores contribuintes da população geriátrica**. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da USP.
- OLIVEIRA, S.M.; DORFER, C.; STAHELE, H.J. Escovas interdentais aspectos morfológicos de interesse clínico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.51, n.2, p.143-9, 1997.
- PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável. **Assoc Paul Cir Dent**, v.54, p.91-9, 2000.
- QUIRYNEN, M. et al. Impact of tongue cleansers on microbial load and tests. **J Clin Periodontol**, v.31, p.506-10, 2001.
- REZENDE, T.O. **Cuidados bucais em pacientes idosos hospitalizados realizados pelas equipes de enfermagem**. 2005, 181p. Monografia de Especialização em Odontogeriatria - ABENO.

- ROWLEY, E.J. et al. Tongue brushing versus tongue scraping: a comparison of plaque reac-cumulation, gingivitis and patient acceptance. **Clin Prev Dent**, v.9, p.13–6, 1987.
- SALIBA, C.A. et al. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.53, n.4, p.279-82, 1999.
- SANTOS, V.A. **Uso de anti-sépticos bucais no tratamento de estomatite protética**. São Paulo, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da USP.
- TARZIA, O. **Halitose: um desafio que tem cura**. São Paulo: Biomédicas, 2003.
- VETTORE, M. Estudo brasileiro alerta para o risco cardiovascular da doença periodontal. **Evid Based Dent**, v.5, p.69-72, 2004.
- YAEGAKI, K.; SANADA, K. Volatile sulfúfur compounds in mouth air from clinically healthy subjects and patients with periodontal disease. **J Period Res**, v.27, p.233-8, 1992.
- YAEGAKI, K.; SANADA, K. Biomechanical and clinical factors enhancing oral malodor in periodontal patients. **J Periodontol**, v.63, p.783-9, 1992.
- ZANATTO, A.R.L. **A eficácia do fio dental e da escova interdentária no controle da placa bacteriana interproximal subgingival**. São Paulo, 1995. 50f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Camilo Castelo Branco.

Enviado em: junho de 2009.

Revisado e Aceito: agosto de 2009.

