

Odontogeriatría: sugestão de um programa de prevenção

VIVIAN MARIA SALCEDO DE SOUZA*, CLÓVIS PAGANI**, ANDRÉ LUIZ CERVANTES JORGE

RESUMO

Os autores procuram evidenciar a necessidade e a viabilidade de promover saúde bucal no idoso através da prevenção, uma vez que este grupo etário vem sofrendo muitas mudanças em seu perfil, com o aumento em número de indivíduos e melhoria de suas condições bucais, que se deve a uma conscientização da necessidade da manutenção dos dentes, seja pela função ou pela estética, que é uma imposição da sociedade atual. Através de orientação, material de higienização adequado, e principalmente a motivação do idoso através de sua auto estima, conseguiu-se resultados satisfatórios com esse trabalho.

UNITERMOS

Prevenção; odontogeriatría; idoso

SOUZA, V.M.S., PAGANI C., JORGE, A.L.C. Geriatric dentistry: suggestion of a prevention program. *Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos*, v.4, n.1, p. 57-63, jan./abr., 2001

ABSTRACT

The authors aims to prove the necessity and possibility of promoting dental health in the elderly people through a number of prevention methods. Once this is an age group whose

number has been growing, they possess more remaining teeth and greater aesthetic and functional needs which the modern society and the media demand. Through orientation, adequate material and the motivation of these patients increasing their self-esteem, very good results were obtained.

UNITERMS

Prevention – geriatric odontology-eldery

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem sido constatado um declínio nas taxas de natalidade e um aumento na expectativa de vida, com conseqüente crescimento da população idosa, graças ao desenvolvimento da ciência e de novas tecnologias (muitas delas aplicadas à medicina e à odontologia), que tem como objetivo a melhora da qualidade de vida.

No entanto, os países em desenvolvimento, em especial o Brasil, não tem acompanhado essas mudanças, fazendo com que haja um acúmulo de problemas bucais nesses pacientes, uma vez que as prioridades dos serviços de saúde não estão relacionadas à odontologia, e muito menos à esse grupo etário.

* Cirurgiã Dentista - Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – 12245-000.

** Departamento de Odontologia Restauradora, nível Doutorado - Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – 12.245-000.

*** Estagiário – Departamento de Odontologia Restauradora - Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP – 12245-000.

Apesar do aumento significativo de problemas bucais, com o passar dos anos, vem sendo observado uma diminuição acentuada no número de dentes perdidos. Outros fatores justificam essa queda, como, por exemplo, abertura dos meios de comunicação que ajudam a criar um novo perfil psicológico do paciente idoso, não aceitando que o homem moderno seja parcialmente dentado ou desdentado total, ou mesmo dento-mutilado, pois ele perde espaço na sociedade. Sendo assim, os adultos e idosos estão mudando, querendo viver com melhor qualidade de vida. Além disso, há uma preocupação em poder sorrir com satisfação, comer bem (poder mastigar), falar etc. Para que esse novo homem do terceiro milênio alcance esses objetivos, a ADA sugere que se derrube o velho tabu de que não vale a pena investir em problemas bucais de um paciente que não vai realizar a contento a necessária manutenção domiciliar, e mais do que isso, ela responsabiliza o cirurgião-dentista para motivar o paciente quanto à higienização, inclusive os mais velhos, para que estes se sintam mais valorizados, mantendo seus próprios dentes, pois a instalação de próteses totais são críticas quanto a funcionabilidade, fonética e estética, além de criar problemas de ordem emocional.

O interesse por esse trabalho surgiu ao constarmos que o número de pacientes idosos que procuram o ambulatório da nossa faculdade de odontologia torna-se cada vez maior e que os mesmos são portadores de problemas dentários que poderiam ser prevenidos se, programas de higiene e manutenção fossem oferecidos a eles.

REVISÃO DA LITERATURA

A odontologia desse século se caracterizou pelo atendimento à criança desde a sua vida uterina (Brunetti³, 1998). Entretanto o aumento da expectativa de vida leva-nos a dedicar maior atenção ao paciente idoso. O fato destes possuírem cada vez mais dentes remanescentes faz com que haja a necessidade, além do tratamento, de prevenção e da criação de programas de saúde oral voltados para eles (Reynolds¹⁵, 1997; Shay¹⁷, 1994; Tilliss, et al.¹⁹, 1998).

As estatísticas evidenciam a necessidade de maior atenção dos serviços médicos e odontológicos para essa população, que hoje representa um

grande mercado não suprido pela falta de profissionais em número e qualidade.

Segundo as previsões da OMS, a quantidade de idosos no mundo entre 1950 e 2026 aumentará 16 vezes contra 5 vezes a população (Manetta et al.⁹, 1998).

Através de dados obtidos em projeções do IBGE realizadas no início dos anos 90 estima-se que no ano 2000 os indivíduos acima de 65 anos deverão ser, no Brasil, cerca de 8 milhões, e em 2020 serão 17 milhões e 400 mil habitantes, ou seja, essa população sofrerá um aumento de 250% (gráfico 1), enquanto que a população de 0 a 14 anos deverá sofrer um decréscimo de 2% neste mesmo período (Brunetti,³ 1998; Manetta, C.E et al., 1998).

Existem várias razões para se valorizar o atendimento e a prevenção ao paciente idoso, visando a manutenção de seus dentes naturais, já que são conhecidos os problemas provenientes da falta de dentes.

Além do aumento do número de pacientes idosos há também uma mudança no perfil dos mesmos, que até há algum tempo era composto basicamente de indivíduos edentulos, que não tinham por hábito freqüentar consultórios dentários, e cujo tratamento oferecido era basicamente exodontia e instalação de próteses totais. Atualmente, a perda dental tem diminuído drasticamente, e segundo Manetta et. al.⁹ (1998) os pacientes entre 76 e 85 anos tem hoje, em média, 3,81 dentes a mais do que a dez anos atrás. Com o passar dos anos, o idoso vem tendo maior acesso a informações através da mídia, convívio social e até mesmo mais acesso ao atendimento odontológico, o que lhes proporciona melhor saúde bucal e conseqüente manutenção de maior número de dentes naturais. (Jitomirski⁷, 1987; Madeira, et al.⁸, 1998; Pucca Júnior¹⁴, 1995; Shuman¹⁸, 1996). Outro fator que justifica a manutenção dos dentes naturais é a correta formação do bolo alimentar, fundamental para a saúde geral, pois a procura por alimentos mais moles faz com que esses pacientes sofram um prejuízo nutricional e perda de sensibilidade durante a mastigação. Além da deficiência na mastigação, o uso de próteses é motivo de queixas constantes sobre acúmulo de alimentos, e no caso das próteses totais, de falta de estabilidade das mesmas. (Brunetti et al.⁴, 1998; Ow et al.¹² 1997).

Há uma preocupação com a estética por parte dos idosos, uma vez que estes querem estar sorrindo no próximo século, com seus próprios dentes, e daí a preocupação em mantê-los. É muito importante para a integração desses indivíduos na sociedade e para seu bem estar psicológico que suas expectativas sociais, funcionais e estéticas sejam atendidas pelo cirurgião dentista. A prevenção tem papel fundamental e o idoso está cada vez mais consciente de sua importância na manutenção do tratamento (Pinto¹³, 1986).

Um fator a ser considerado é a necessidade de integração entre cirurgião dentista e médico, pois esses pacientes possuem alterações fisiológicas e patológicas com manifestações na cavidade oral. Também deve-se considerar o fato desses pacientes fazerem uso de medicamentos que causam reações adversas, como: diminuição do fluxo salivar (xerostomia), que leva ao aumento do número de lesões de cárie e doença periodontal, mucosites, displasias, dificuldade de fala, candidíase, sensibilidade dentinária, alteração da gustação, glossite, reações liquenóides, eritemas, mal hálito, etc., sendo portanto muito importante enfatizar a odontologia preventiva para a terceira idade. (Figueiredo et al.⁶, 1993; Moriguchi¹¹, 1993) Desde 1970 pesquisadores tem observado que as desordens orais comprometem um indivíduo não apenas funcionalmente, mas também social e psicologicamente. A situação oral do idoso está diretamente relacionada ao seu bem estar social, acesso a informações sobre higiene e prevenção, facilidade de acesso a tratamentos dentários e sua condição sócio-econômica. Nesse sentido, devemos considerar cada paciente individualmente e avaliar a necessidade de um tratamento diferenciado, tanto no consultório como envolvendo a família, que deve ser orientada quanto a higiene e nutrição desse paciente.

Também devemos atentar para a prevenção em pacientes institucionalizados ou hospitalizados, que podem sofrer com problemas dentários bem como evitar perdas apenas com uma boa orientação das enfermeiras e do pessoal responsável pela higiene e prevenção na instituição (Budtz-Jørgensen, et al.⁵, 1996; Samaravake et al.¹⁶, 1995).

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a seleção dos pacientes foi realizada triagem e foram considerados pacientes de terceira

idade aqueles com sessenta anos ou mais, de acordo com os padrões do Brasil e de países em desenvolvimento. Foram convidados a participar do Programa de Prevenção em Odontogeriatrics, 21 pacientes com dentes naturais remanescentes.

Esses pacientes selecionados para participar do Programa receberam orientações sobre higienização dos dentes e próteses, de forma individual, e com a utilização de Figuras e modelos com informações sobre placa bacteriana, cárie dentária, doença periodontal, condições de normalidade e patologias da cavidade oral, higienização dos dentes e de próteses, nutrição e dieta e importância da prevenção em odontogeriatrics. Para o controle mecânico, todos os pacientes foram orientados para realizar técnica de Fones ou de Bass (Bass¹, 1954), e limpeza interdentária (Bergenholtz², 1980), de acordo com a capacidade motora de cada paciente. Para o controle químico foram orientados sobre o uso do creme dental – em porções pequenas, e da solução de Gluconato de Clorexidina a 0,12% para bochechos de 10 ml., por 1 minuto, de 12 em 12 horas. Estes receberam kits de prevenção (Figura 1) contendo uma escova Colgate® classic, macia adulto, um fio dental encerado Colgate® 25m (vinte e cinco metros), um creme dental Colgate® menta MFP com cálcio, um frasco de Colgate® Periogard, solução bucal de (Gluconato de Clorexidina 0,12%), e pastilhas evidenciadoras de placa bacteriana Replac® (Figura 2), além de um Manual de Dieta, elaborado especialmente para eles.

Após a anamnese, foi realizada a anotação do índice CPO em odontograma reservado especialmente para este fim contido na ficha clínica. Foram realizadas sete sessões de evidenciação de placa bacteriana através de pastilhas evidenciadoras mastigáveis, sempre após higienização, para que pudessem ser corrigidas as falhas e deficiências individuais. Foram anotados na ficha clínica os índices de placa considerando cada face dental em três terços, durante os meses de setembro e outubro de 1999. Após a evidenciação de placa os pacientes realizaram higienização dirigida e foram feitas correções dos pontos deficientes na escovação e utilização de fio dental. As anotações dos índices de placa foram feitas por um único observador, para padronização dos resultados.



FIGURA 1 – Kit de prevenção.



FIGURA 2 – Paciente com kit de prevenção.

Para que os pacientes do Programa de Prevenção em Odontogeriatría continuassem desenvolvendo bons níveis de higienização, foram confeccionados certificados de participação como forma de motivação.

DISCUSSÃO

Alguns autores relacionam o bom estado de saúde bucal do paciente à condição sócio econômica, ao bem estar social, psicológico e de saúde geral.

Após a aplicação do nosso programa, concluímos que existe relação entre a boa saúde oral e o nível sócio econômico, no entanto observamos que pacientes de baixo nível sócio econômico atingiram bons níveis de saúde oral, simplesmente pelo fato de terem recebido uma boa orientação e seguirem o programa. Isso comprova que, o progra-

ma de prevenção é um método que pode ser aplicado em qualquer segmento social com bons resultados e baixo custo.

Brunetti et al.⁴ (1998) afirmam que os idosos de hoje são uma classe emergente, com mais acesso à informações, que freqüentam mais os consultórios odontológicos, e que conseguem manter por mais tempo seus dentes naturais. Porém, constatamos em nosso programa, que esses idosos estão sim mantendo seus dentes naturais, mas a freqüência nos consultórios continua se restringindo à casos de emergência ou ocorre em grandes intervalos de tempo, aumentando assim a responsabilidade do cirurgião-dentista em orientar quanto à prevenção, para que esses pacientes consigam manter seus dentes naturais por mais tempo.

Alguns autores (Brunetti et al.⁴, 1998; Marinelli¹⁰, 1982) afirmam que o paciente portador de próteses perde parte da capacidade mastigatória. Con-

cordamos com essa afirmação embora os pacientes portadores de próteses que participaram do programa relataram mastigar bem todo tipo de alimento. Isso nos leva a acreditar que a sensibilidade mastigatória não está apenas relacionada com o uso de próteses, mas também às condições periodontais satisfatórias desses pacientes.

ces - mesial, distal, lingual e vestibular - para cada dente) e a medição de placa bacteriana feita em terços. Esta medição de placa foi realizada de acordo com a seguinte fórmula:

$$IP = \frac{\text{n}^\circ \text{ de terços com placa}}{\text{n}^\circ \text{ dentes} \times 4 \text{ faces} \times 3 \text{ terços}}$$

RESULTADOS

A análise dos resultados foi feita calculando-se o índice de placa bacteriana de cada paciente, considerando-se para tal cálculo: número de dentes, número de faces dentárias (apenas quatro fa-

Para facilitar a interpretação dos resultados obtidos, efetuamos a estatística descritiva das variáveis: índice de placa (no eixo x) e período de avaliações (no eixo y), para cada paciente, onde pudemos observar o decréscimo do índice de placa (Figura 4).

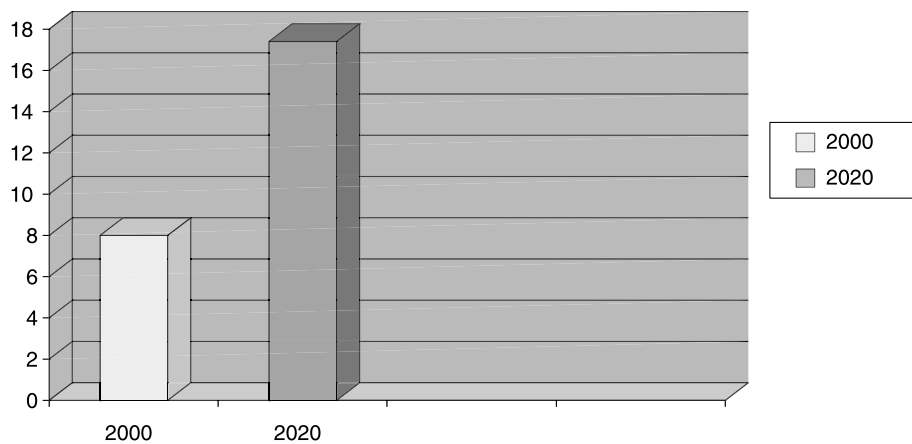


FIGURA 3 - Demonstra o crescimento da população brasileira com mais de 65 anos, que passará de 8 milhões de habitantes no ano 2000 para 17 milhões e 400 mil habitantes no ano 2020, um crescimento de 250%.

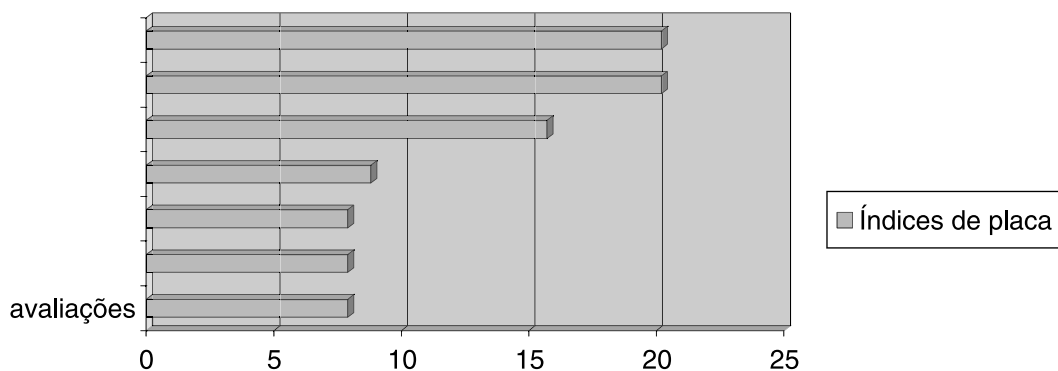


FIGURA 4 - Gráfico demonstrativo da redução do índice de placa de um paciente do *Programa de Prevenção*, que foi realizado para os 21 pacientes.

Em seguida, apresentamos o diagrama de dispersão e sua respectiva reta de regressão para o conjunto dos 21 pacientes nas sete avaliações, que demonstra o resultado do *Programa de Prevenção em Odontogeriatrics*. Apesar da reta de regressão não ser a melhor representação para o diagrama de dispersão, há uma forte correlação entre os dados, pois o coeficiente de correlação r é menor do que 0,7, podendo então a reta demonstrar o decréscimo dos índices de placa do grupo de pacientes (Figura 5).

O resultado obtido foi também representado em gráfico contendo os valores de mediana e os valores de mínimo e máximo referente aos 21 pacien-

tes nas sete avaliações. A diferença entre os valores máximo e mínimo, ou seja, a faixa de valores, indica-nos uma maior variabilidade entre os índices no início do programa, devido aos hábitos de higiene oral e grau de instrução de cada paciente serem diversificados, com menor variabilidade no final do programa, após orientação (Figura 6).

Para fornecer dados numéricos sobre os índices obtidos, realizou-se o cálculo da redução das médias, onde a diferença entre a média final e inicial dos índices de placa do grupo foi de 82,7%, ou seja, ouve uma redução de 82,7% nos índices de placa do grupo entre a primeira e a última avaliação.

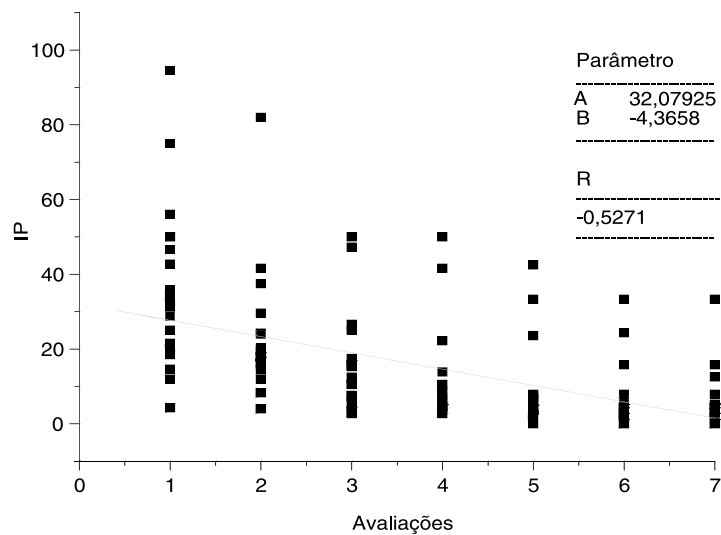


FIGURA 5 - Demonstra a redução do índice de placa dos 21 pacientes durante as sete avaliações, através de um diagrama de dispersão e sua respectiva reta de regressão, com seus parâmetros intercepto (A), coeficiente angular (B) e coeficiente de correlação de *Pearson* (R).

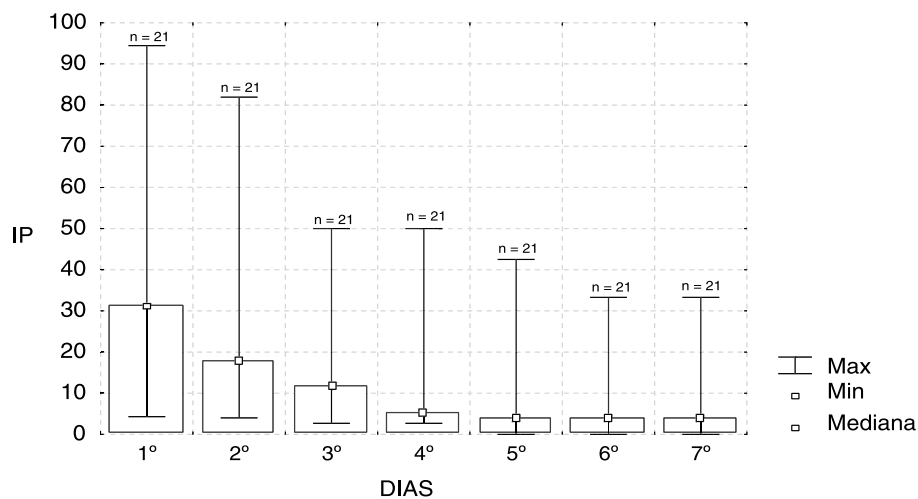


FIGURA 6 - Valor mediano e valores mínimo e máximo de índice de placa dos 21 pacientes nas sete avaliações de tempo (em dias).

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho nos fazem concluir que é possível estabelecer um programa de prevenção para paciente idoso, pois, orientados e com meios corretos de higienização, eles conseguem manter as superfícies dentais quase sem placa, com melhor condição gengival, melhorando, assim a qualidade de sua saúde geral.

Além das análises clínicas, através das avaliações dos índices de placa, pudemos constatar na

pesquisa de opinião, que 100% dos pacientes reconhecem essa melhora.

Tendo sido 1999 o ano do idoso, muitos projetos e diretrizes deveriam estar voltadas para esse grupo. No entanto, a realidade no Brasil, ainda não é essa. A de prevenção para o paciente idoso é fundamental, pois quanto menos se remover placa bacteriana, maior serão as necessidades de tratamento, num país que não está preparado para atender essa demanda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASS, C.C. An effective method of personal oral hygiene. **Journal of Louisiana Medical Society**, n.106, p.100-12, 1954.
2. BERGENHOLTZ, A., BRITTON, J. Plaque removal by dental floss or toothpicks. **J Clin Periodontol**, n.7, p.516-24, 1980.
3. BRUNETTI, R.F. Odontologia Geriátrica no Brasil: Uma realidade para o novo século. **Rev Atualidades Geriatria**, v.3, n.15, p.26-9, jan-fev, 1998.
4. BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B., MANETTA, C.E. Funções do sistema mastigatório: Sua Importância no processo digestivo em Geriatria. **Rev Atualidades Geriatria**, v.1, n.16, p. 6-9, 1998.
5. BUDTZ-JLRGENSEN, E. et al. Oral conditions in long term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects. **Oral Dis**, v.2, n.4, p.285-90, Dec., 1996.
6. FIGUEIREDO, M.A.Z. et al. Alterações fisiológicas frequentemente presentes na cavidade bucal do paciente idoso. **Odontol Mod**, v.20, n.4, p.33-4, jul/ago, 1993.
7. JITOMIRSKI, F., JITOMIRSKI, S. Odontogeriatrics: a odontologia do futuro. **Dens**, v.2, n.1, p. 5-9, jun-jul. 1987.
8. MADEIRA, A.A., CAETANO, M., MINATTI, E.J. Odontogeriatrics: uma necessidade curricular. **Rev Bras Odontol**, v.44, n.3, p.6-12, mai/jun. 1987.
9. MANETTA, C.E., BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, L.F.B. Uma promissora atividade no novo século: Odontogeriatrics. **J Brás Odontol Clín**, v.2, n.10, p.85-7, 1998.
10. MARINELLI, R.D., SREEBNYL, M., KAMEN, S., Perception of dental needs by the elderly, **Spec Care Dent**, v.2, n.4, p.161-4, Jul/Aug, 1982.
11. MORIGUCHI, Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. **Odontol Mod**, v.19, n.4, p.11-3, jul/ago.1993.
12. OW, R.K. et al. Perceived masticatory function among elderly people, **J Oral Rehabil**, v.24, n.2, p.131-7, Feb.1997.
13. PINTO, M.L.M.C. Considerações sobre alguns aspectos psicológicos do paciente geriátrico em odontologia, **Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia**, v.6, p.59-65, jan/dez.,1986.
14. PUCCA JÚNIOR, G.A. Saúde bucal e reabilitação na terceira idade, **Odontol Mod**, v.22, n.4, p.27-8, out-dez.1995.
15. REYNOLDS, M.W. Education for geriatric oral health promotion. **Spec Care Dent**, v.17, n.1, p.33-6, Jan/Feb. 1997.
16. SAMARANAVAKE, L.P. et al. Oral disease in early in long-term hospital care, **Oral Dis** v.1, n.3, p.147-51, Sep. 1995.
17. SHAY, K. Identifying and addressing the challenges of oral care for the elderly patients, **Curr Opin Periodontol**, p.205-1, 1994.
18. SHUMAN, S.K. New dentists and older patients: preparing for dental practice in an aging society. **Dentistry**, v.16, n.3, p.7-9, 21-1, Oct. 1996.
19. TILLISS, T.S.; LAVIGNE, S.E.; WILLIAMS, K. Geriatric education in dental hygiene programs, **J Dent Educ**, v. 62, n.4, p.319-24, Apr.1998.