

Como publicado no capítulo 15 do livro: Atualização na Clínica Odontológica, de Feller, C., Gorab, R., São Paulo, Editora Artes Médicas, 2000, p.469-487.

## **ODONTOGERIATRIA: PREPARE-SE PARA O NOVO MILÊNIO**

Envelheço quando o novo me assusta  
E minha mente insiste em não aceitar  
M.E. Thomaz

DR. RUY FONSECA BRUNETTI \*

DR. FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO \*\*

Key Words: Gerontology, Geriatric Health, Geriatric Dentistry

Palavras-Chave: Gerontologia, Saúde geriátrica, Odontologia Geriátrica

**RESUMO:** Os autores, através de projeções estatísticas e tendências educacionais mundiais, procuram fazer um breve histórico da recente odontogeriatria, suas conceituações e critérios para um desempenho odontológico voltado ao clínico geral que deve ter conhecimentos mais abrangentes sobre as características sistêmicas desta faixa etária, que em muito diferem de seus demais pacientes de meia-idade e adolescentes. Enfoques sobre características bucais diferenciais, bem como planejamento protético voltado às condições dentárias dos idosos serão abordadas, bem como serão fornecidas diversas fontes de referências bibliográficas para procura de conhecimentos complementares.

**SUMMARY:** The authors, using world and Brazilian statistical projections, start this paper with a brief historical review of geriatric dentistry, followed by concepts and criteria for a better work, directed to the general clinician, focusing on systemic and drug interaction specific to this age group. Differential buccal aspects as well the prosthetic planning of cases are shown, enriched with some clinical cases highlights. The literature used can be found at the end, to help in develop knowledge in gerontology to the readers.

### **HISTÓRICO**

A preocupação com pacientes idosos na Odontologia, apesar de pouco mostrada em trabalhos científicos,

remonta à década de 50, do século 20, sempre buscando a análise de pessoas que moravam em asilos / instituições, nas quais a presença de próteses totais (ou mesmo desdentados totais) era a característica mais observada nos países de 1o Mundo, ainda naqueles tempos.

Porém, com as medidas preventivas de comprovada eficiência, demonstrada nos trabalhos realizados na Escandinávia na década de 60, o que se pode observar, ao menos naqueles países que as seguiram, é uma mudança gradual do perfil bucal do idoso, com muitos chegando à terceira idade em condição bucal muito diversa do início do século XX .

De fato é isto que se tem observado em muitos locais do Mundo e com reflexos nas camadas de maior acesso à Odontologia no Brasil nos últimos 50 anos: graças às medidas preventivas - odontológicas, de saúde geral, de vacinações, de saneamento básico e de informação dos pacientes e dos profissionais de saúde, fatias cada vez maiores da população estão vivendo mais anos e no caso da Odontologia com melhor condição bucal.

Desde a década de 60 começa o coerente e construtivo trabalho do Dr. Ronald ETTINGER, que já em 1969 defendia, na Universidade de Sidney (Austrália) sua tese de Mestrado onde já abordava os pacientes idosos. Este professor tem tido uma linha de pesquisa consistente por toda a sua vida acadêmica voltada àquilo que hoje chamamos de Odontogeriatrics. Dos confins da Oceânia partiu para a Escócia e depois para os Estados Unidos da América sempre com diversos trabalhos, e se une aos esforços do pioneiro americano, SAUL KAMEN, que desde a década de 50 já se preocupava com aquilo que hoje conhecemos como odontogeriatrics.

Nos E.U.A. acaba por criar o 1o Centro de Odontogeriatrics na Universidade de Iowa, em Iowa City que levou à introdução desta matéria no currículo daquela Escola nos meados da década de 80. Nesta Escola acabou por germinar e disseminar esta idéia por todo o Mundo, inclusive com a criação de Núcleos e depois Disciplinas de Odontogeriatrics que no Brasil é representado pelo trabalho pioneiro da Universidade de Maringá, seguido na atualidade pela Uniararas, dentre outras.

Até o ano de 2025 a população de idosos do Brasil terá crescido 16 vezes em relação à 1950, enquanto que o total da população crescerá apenas 5 vezes.

No Brasil de hoje se observam atividades sérias no campo na Universidade de Santa Catarina, da Universidade Federal de Medicina de São Paulo, bem como na USP (estas ligadas à grupo de idosos em Medicina) e deve-se destacar os trabalhos pioneiros do SESC (SP) já sobre Odontogeriatrics na década de 80, do século passado 13,32 e dos artigos e capítulos de livros dos drs. Alvaro Badra e Tommasi entre outros.

Percebemos nos Congressos e Associações intensa movimentação sobre o tema, por isto nos propomos a elucidar diversos pontos julgamos importantes como uma contribuição ao estudo desta nova área e que julgamos deva ser de domínio do Clínico Geral, pois está ao nível de suas habilidades, não havendo necessidade, no nosso parco entendimento sobre o assunto, de começar sobre a triste égide de especialidade, algo tão vilipendiado no Brasil de nossos dias.

## INTRODUÇÃO

Neste início de milênio, uma perspectiva histórica se faz necessária para conhecermos melhor o futuro do homem e suas conquistas em busca de uma maior longevidade.

A Geriatrics busca, cada vez mais, aumentar o tempo de vida do homem, mantendo-o preservado com relativa saúde, mas com alegria de viver entendendo que a fase final da vida deve ser encarada como uma etapa que também tem seus encantos e que permitem uma existência feliz e recompensante.

Assim sendo, percebe-se nitidamente que tanto a Medicina como a nela inserida Odontologia, somadas aos programas comunitários no mundo civilizado, dão e darão nesta metade do século que ora se inicia, o carinho e a atenção que se deu à criança e ao adolescente nos últimos 50 anos do século passado.

O saneamento básico, as vacinas, o conhecimento maior das doenças e seus tratamentos por fármacos cada vez mais complexos e específicos, o aumento das práticas preventivas, o emprego do saber em dietas e nutrição, somados ao condicionamento físico como fator de qualidade de vida fazem deste homem um ser preocupado em ter saúde e viver o máximo de tempo com ela.

A auto estima é hoje considerada razão primordial para uma vida útil e feliz nos últimos anos de existência conforme afirmam MONTENEGRO et al. (1998)<sup>24</sup>. Não podemos esquecer o papel fundamental da mídia neste processo de valorização da imagem do nosso idoso já que, infelizmente, assistimos em todos os meios de comunicação a emulação da imagem da 3a idade como possuidores de uma atitude de resignação consentida diante do fim inexorável.

Testemunho maior desta realidade é o projeto Genoma, criado nos E.U.A., mas que reúne informes de pesquisadores de todo o planeta sobre o conhecimento intracelular do homem, cujos benefícios serão tão extensos que ainda nos é difícil visualizar outros além da explicação de inúmeras doenças bem como os meios de tratamento realmente diretos à cerne das afecções, além da possibilidade realmente

concreta de dotar as pessoas de uma expectativa de vida que possa chegar até a 120 anos de idade, o que nos deixa felizes mas preocupados com nosso papel, como profissionais daqui para a frente<sup>21</sup>.

Assim sendo, a Odontologia - como ciência da área de Saúde - sofrerá também profundas alterações em sua prática e filosofia oriundas das modificações de mentalidade e procedimentos causadas por este conhecimento aprofundado do ser humano e que será compartilhado por todas as especialidades médicas.

Em uma revisão histórica, assistimos nos últimos 60 anos o surgimento da moderna Odontopediatria, calcada em princípios de prevenção e estendidos aos ambientes escolares que são a base de qualquer programa de larga escala, se bem que mesmo no início do novo século ainda se observam medidas restritivas - à nível estadual - do benefício de cirurgiões-dentistas presentes nas unidades de ensino, um contra-senso sem qualquer suporte científico e prático.

A fluoroterapia, envolvendo pastas dentifrícias, aplicações tópicas, bochechos dirigidos - escolares e / ou em casa - e somadas à agora mais bem controlada água de abastecimento público, ao menos em nosso Estado e à dietas de restrita capacidade cariogênica unidas a visitas mais constantes a consultórios públicos e particulares, acabaram por criar um espectro muito mais favorável à condição bucal de nossas crianças neste início de milênio, guiando o Brasil a índices bem mais baixos de cáries e problemas bucais, ao menos nos rincões mais civilizados do país.

Também deve se destacar o papel da mídia neste processo de melhora da condição bucal de nossa população: cada vez mais se vê a contribuição das Empresas produtoras na divulgação de informações para o público leigo e nas propagandas no sempre integrador complexo televisivo e radiofônico brasileiro - que mesmo muito abaixo do volume que seria realmente efetivo - mostram uma conscientização daqueles meios para com o bem estar das pessoas<sup>24</sup>.

A formação de novas gerações de odontólogos para as quais a Prevenção, em seus diferentes aspectos, é um fato concreto, inquestionável e de fácil aplicação clínica, acabam por mostrar um novo perfil do dentista, agora mais consciente que a manutenção da saúde bucal, com uma correta estética, darão o parâmetro do cidadão do novo século como reflexo dos anseios da sociedade .

Ainda neste fim de século, no Brasil, nas entrevistas feitas com pacientes atendidos nos cursos de Próteses Totais em poucas sessões clínicas, pudemos observar o importantíssimo papel desempenhado pela presença dos dentes na integração social e econômica dos pacientes, especialmente agora que possuem maiores condições de longevidade, graças aos inúmeros fatores citados em parágrafos anteriores, por isto preservar, manter, consertar e tratar os dentes pode ser muito bem classificado como “um passaporte para a cidadania” e por isto o Grupo de Reciclagem em Prótese

Dentária, que reúne 420 professores de Prótese Dentária, adotou este nome nos cursos gratuitos que ministra regularmente nas distritais e regionais da A.P.C.D.

No período de apenas 50 anos,  
a expectativa de vida no Brasil  
passou de 39 para 70 anos. A França demorou  
150 anos para alcançar estes níveis.

Assim sendo, o futuro próximo nos aponta para um novo ser, que foi amparado desde sua vida intra uterina até sua idade adulta por diversas condutas preventivas médicas e odontológicas que acabarão por torná-lo um adulto jovem a nível corpóreo e de saúde geral com uma condição bucal livre - ou bastante diminuída - de periodontopatias e processos de cárie, com pouquíssimos dentes restaurados, geralmente bem posicionados nos arcos dentários e por conseguinte tendo uma boa oclusão levando a um desempenho fisiológico e funcional adequado do Sistema Mastigatório, que é um dos objetivos mais nobres da atividade profissional dos cirurgiões-dentistas 3,14.

Muito certamente este salutar estágio da humanidade, agora melhorado pela presença de fatores imunológicos determinados e controlados adequadamente, onde imagina-se sofrerá menos ataques à seu Sistema Digestivo, já que vivendo mais tempo com uma plenitude mastigatória de um correto preparo do bolo alimentar - pela saúde bucal mantida - acaba por criar um idoso geralmente livre do fantasma dos problemas nutricionais que são muito comuns na 3ª idade e um dos pontos mais críticos detonadores de problemas orgânicos nestes indivíduos<sup>4</sup>.

ETTINGER e colab. (1993) 11 salientam o papel da nutrição adequada nos pacientes de maior idade e da importância dos dentes neste processo, já que nestes indivíduos tudo pode conspirar contra uma alimentação correta: custo dos bons produtos (versus aposentadorias cada vez mais baixas), o acesso e segurança para compra de bons alimentos, o tempo de confecção e sua condição física para acompanhar este feito, presença ou não de pessoas para auxiliar / fazer alimentos adequados, estado mental para querer manter um bom nível nutricional, problemas físicos de faringe, laringe, estômago e intestino para determinados grupos de alimentos mesmo que saudáveis à nível nutricional são alguns dos tópicos a serem considerados.

Também MANETTA et al. (1998) 20 salientam a importância da manutenção de um bom sorriso para um melhor relacionamento com o meio em que o indivíduo vive, tornando-o mais feliz, que também traz bom retorno à auto-estima e à saúde como um todo; para eles a presença de dentes naturais ou tratados adequadamente à nível protético, permitindo uma melhor fonética e por conseguinte no seu relacionamento com seus semelhantes cumpre adequadamente estes objetivos.

Não se pode ignorar que a sociedade moderna não mais aceita o desdentado total ou o parcialmente dentado, que podem receber verdadeiras reações de rejeição social e também na obtenção de postos no mercado de trabalho (já que tem mais saúde e disposição), exatamente quando tinha mais a oferecer, sendo muitas vezes classificados como mutilados bucais. Estas sensações e discriminações também ocorrem com pessoas mais jovens que tentam se insinuar no mercado e a falta de dentes / estética / saúde acaba por ceifar a chance de muitas pessoas da colocação esperada para um meio de vida dignificante e inserida que é o trabalho remunerado<sup>24,32</sup>.

Ainda mais em uma sociedade que tenta desprezar a experiência dos mais velhos em nome de critérios de aposentadoria muitas vezes não condizentes com a condição mental e funcional de cada idoso: no momento que mais podia servir, com sua agora vasta experiência e maior saúde física que seus antecessores, é sumariamente cortado por linhas de leis que não espelham a realidade de nossos dias, especialmente agora que a condição econômica nos obriga a manter cada vez mais ativos, pontos estes bem debatidos no artigo de MONTENEGRO et al. (1998)<sup>24</sup>, levando a estados depressivos com consequentes implicações mentais e nutricionais, muitas já citadas.

Estes novos tempos exigem de nós, dentistas, grandes reflexões tentando balizar, dentro destas novas realidades, os caminhos a serem seguidos pela Odontologia neste século que se inicia.

A American Dental Association, preocupada com estas tendências, realizou estudo tentando um novo projeto de prática odontológica para os primeiros 30 anos deste século. A escolha e preferência pelo idoso, como uma preocupação maior, que segundo a Organização Mundial da Saúde, foi devida aos fatos observados pelos especialistas nos últimos 50 anos e já experimentados pela odontologia que nos leva à seguinte perspectiva: infância e adolescência com boa saúde bucal conduz a um adulto bem conscientizado para a prática de prevenção adequada e frequência constante ao dentista para manutenção dessa saúde e esta prática levará o cidadão de meia idade, com poucas restaurações e com uma oclusão satisfatória, permitindo que ele alcance à 3ª idade na plenitude funcional do seu Sistema Mastigatório.

Pelo tempo que ainda viverá, irá receber da Odontologia um atendimento maior e constante da parte preventiva (controle de placa bacteriana e reafirmação dos meios de limpeza caseiros), troca de antigas restaurações quebradas por desgaste normal dos materiais e manutenção de aparelhos protéticos (reembasamentos, etc..) - quando existir necessidade <sup>2</sup>.

Dentro desta ótica, podemos afirmar - quanto à necessidade de intervenção profissional - que haverá sensível diminuição da prática restauradora em odontopediatria, dentística, endodontia e prótese e muito maior ação em prevenção praticada por periodontistas, técnicas de higiene dentária e pessoal auxiliar<sup>3,4,32</sup>.

Nos preocupa, diante desta premente realidade, que nossas Faculdades de Odontologia, Centros de Pós-Graduação, Revistas, Congressos - salvo honrosas exceções como as já citadas antes - e outros meios de formação não estejam conscientes do novo tempo e das

mudanças necessárias do perfil de um novo dentista que se insinua mais e mais neste início de século.

O Brasil, país considerado emergente, caminha rapidamente para níveis de expectativa de vida quase idênticos ao do Mundo (ao menos na região Sul do país) influenciado pelo clima favorável, hábitos de vida e dieta herdada pelas correntes migratórias européias, o que acabou por propiciar uma melhor saúde geral (4,14).

Mas o aumento da expectativa de vida tem faces conflitantes: de um lado lutamos por um cidadão que viva mais anos com maior qualidade de vida; em contrapartida, por viver mais anos, ele tem um custo comunitário e previdenciário maior, já que será mantido pelo governo, sendo que em países mais adiantados, que têm maior número de idosos vivendo mais anos, existe preocupação entre a relação entre cidadãos ativos contribuintes e os aposentados que serão - face às projeções de vida - um número cada vez maior (4,26).

“Você tem que adorar a vida.  
A morte é muito chata”.  
Francis Albert Sinatra (1915-1998)

O custo comunitário destes novos idosos deverá ser considerado também pelo lazer, proteção à saúde, fornecimento de fármacos mais custosos, tratamentos fisioterápicos, de apoio com enfermagem especializada e o suporte às custosas internações hospitalares.

Devemos considerar também problemas de origem familiar quando o idoso passa a viver geralmente com os filhos, levando a conflitos de relacionamento por terem - filhos e netos - idades diferentes para outros tempos de vida.

Cada vez mais, entende-se que melhor seria, ao invés de residir com familiares, buscar-se casas de repouso adequadas às suas capacidades: para os independentes procurar flats / hotéis/ apartamentos e ainda grupos de atividades para idosos - dança, pintura, suporte às Empresas (como os Conselhos de Anciões nos países industrializados) e dar vazão às suas potencialidades e capacidades, dentre as quais o apoio às instituições de benemerência, atividade sempre relegada à um segundo plano durante a vida empregatícia, mas que agora podem se tornar um excelente mote e um auxílio aos semelhantes mais necessitados.

Já os dependentes, ao menos por questões físicas, devem procurar explorar ao máximo as condições que lhes restam (se não existirem opções de melhora por fisioterapia) sempre com o apoio de pessoal auxiliar capacitado e informado, bem como procurar

atividades mentais e físicas que lhe permitam “suplantar” suas dificuldades e ajudar àqueles em situação pior. Já que a condição física não permite retorno ao mercado de trabalho, buscar na benemerência a integração com o mesmo, é uma solução que dá à “psiquê” do idoso debilitado e dependente a esperança fundamental de continuar vivendo<sup>24,25</sup>.

MORENO (1985) <sup>25</sup> afirma que, se o idoso perder esta “chama de viver”, doenças psicossomáticas aflorarão e daí ao óbito o tempo pode ser muito curto.

Aos idosos que não podem morar sózinhos (em flats ou com familiares) o ideal é se dirigirem para casas de repouso, não aquelas que são “depósitos de idosos” e sim as que buscam dar e motivar atividades para a 3ª idade, como já faz o SESC desde a década de 70 com informações multidisciplinares e atividades criativas para os que procuram seus serviços de apoio.

O primeiro conceito fundamental é entender o paciente idoso como um ser total - de saúde bucal, geral, psicológica, de integração familiar, social e no mercado “de trabalho”. Este indivíduo tão abrangente não era de interesse da mídia como sempre foram os de meia-idade ou adolescentes (se bem que as tendências de marketing odontológico estejam mudando rapidamente), mas no caso da 3ª idade, a compreensão, afeto e vontade de ser ouvido (que o mercado / aposentadoria tirou) são recursos fundamentais para o atendimento adequado dos anseios destes indivíduos<sup>9</sup>.

OURIQUE; MONTENEGRO (1998)<sup>28</sup> citam um interessante caso de desconforto com próteses bucais que só pode ser

suplantado quando se buscou uma maior aproximação entre a paciente e seu filho, que estava afastado / distante nos últimos anos e os autores relatam que refeita esta união (o resgate da célula-máter, dizem os psicólogos) nossos procedimentos odontológicos puderam ser realizados sem maiores problemas. Coube ao cirurgião dentista descobrir esta questão e que é clara quando pensamos na pessoa como um todo e não apenas um conjunto de arcos / dentes/ próteses.

## O USO DE MEDICAMENTOS



Um dos maiores problemas ao atender os pacientes idosos , e não tão comum nos pacientes de meia idade, é a implicação ativa dos fármacos ingeridos com o quadro bucal observado.

Enquanto nas idades mais jovens nossa preocupação estava centrada em escolha de anestésicos com e sem vasoconstrictor, agora o quadro é bem mais complexo, pois muitos dos fármacos comumente ingeridos pelos idosos têm, mesmo considerando a escolha de outros sais, efeitos colaterais bucais como diminuição do fluxo salivar, sangramento gengival (espontâneo - mesmo sem a presença de placa bacteriana), lesões bucais diversas, só para citar alguns dos mais comuns.

Por exemplo, PAUNOVICH et al (1997) 29 afirmam que os diuréticos podem causar: boca seca, aumento da sede e reações liquenóides na boca; já os vasodilatadores levariam a mudanças no gosto, ulcerações e sangramento gengival ; aos bloqueadores de cálcio caberiam hiperplasias gengivais, boca seca e eritemas multiformes.

Sobre os anticoagulantes, continuam estes autores, a observação de sangramento gengival, cicatrização de tecidos moles alterada, estomatites e inchaço / dor nas glândulas salivares é comum , enquanto que apresentar a boca seca, que causa terríveis problemas de adaptação com próteses totais e removíveis - e acaba levando muitos idosos a viver sem elas - é um fato corriqueiro quando se usa drogas anti-inflamatórias não esteroidais, ansiolíticos, sedativos, e antidepressivos, estes bastante indicados nos turbulentos dias de hoje.

Também as terapias de reposição hormonal, tão indicadas na atualidade por darem um conforto às mulheres pré e pós-menopausa, podem exacerbar a gengivite e o sangramento gengival, sendo um fator de desequilíbrio no tratamento periodontal e segundo LA ROCCA; JAHINGEN (1997) 18 podem ocorrer também nos tratamentos de prevenção da osteoporose.

Os anos enrugam o rosto

Renunciar ao ideal, enruga a alma  
General Mac Arthur

Mas os problemas dos idosos com fármacos não acabam em consequências bucais apenas; na verdade muito do que ingerem causam: retenção de fluídos, arritmias, hiper / hipoglicemia, dispepsia, dor de cabeça, ansiedade, diarreia, hiper / hipotensão, anorexia, insônia, náuseas, distúrbios metabólicos, hipotensão ortostática (de interesse odontológico - usar posição mais vertical do encosto da cadeira) , febre, fraqueza

muscular, só para citar os efeitos adversos mais comuns, por isto BRUNETTI et al. (1998)<sup>3</sup> sugerem a integração com os médicos dos pacientes para buscar um “meio-termo” entre as necessidades dos pacientes e seu tratamento odontológico.

Para fazer frente à estes efeitos adversos, o paciente de mais idade acaba por ingerir outros remédios, que também terão seus próprios efeitos colaterais, gerando interações cujas consequências podem ser imprevisíveis nos tecidos moles dos pacientes que são a base de nossas próteses ou das gengivais marginais de nossos dentes.

O paciente, muitas vezes, acaba por não poder arcar com os custos de todos estes fármacos - os de sua patologia principal e os que se contrapõem aos seus efeitos colaterais (e ainda considerar que cada pessoa pode reagir diferentemente à ambos) e aí inicia algo ainda mais crítico que é a automedicação que acaba por tornar incontrolláveis as possíveis consequências bucais e sistêmicas: todos nós que convivemos com idosos sabemos quanto a automedicação faz parte do total de drogas ingeridas pelo paciente às quais seu médico não saberá, por isto nossa importância em ajudar ao trabalho do colega da área de saúde, “garimpando” estas informações quando conversamos com o paciente que não está esperando este possível intercâmbio, que também pode ser ajudado por conversas com familiares e pessoal auxiliar 24,25.

Também seria bom os colegas lerem as bulas dos fármacos de medicina: os tópicos de contraindicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas e cuidados somados ocupam mais de 70% das mesmas, daí a razão de muitas vezes nos depararmos com condições bucais inexplicáveis, afirmam PAUNOVICH et al. (1997)<sup>29</sup>.

Outro ponto que contribui para a auto medicação é a propaganda escrita e televisiva: praticamente o maior e quase único tema que é mostrado aos idosos em comerciais são remédios para diversos males, fazendo com que o indivíduo fique curioso sobre um novo fármaco em substituição aos que usa, retroalimentando a medicação sem autorização médica, conforme afirma SQUIRES (1998)<sup>34</sup>.

É preciso que o Cirurgião Dentista se conscientize, especialmente ao atender idosos, da importância de procurar estender seus conhecimentos sobre doenças / fármacos além dos bancos odontológicos e entrar - com empenho e seriedade totais - no mundo da Medicina, pois muitas vezes será preciso intervir - mesmo que de forma branda - sem se conseguir um contato com os médicos do paciente( desde que não esteja correndo riscos maiores).

A posse de Vade-Mécum, Guias Terapêuticos, DEFs atualizados, ajudam neste processo de análise dos fármacos ingeridos, mesmo antes de uma simples exodontia ou curetagem gengival, no que somos corroborados por DUNKERSON (1998)<sup>6</sup>, face ao perigo, por exemplo, da endocardite bacteriana nos procedimentos periodontais.

Também, pela crise econômica do país, muitos pacientes recorrem aos serviços médicos estatais e aos convênios médicos de grande volume de pacientes por dia: apesar da responsabilidade envolvida, os turnos de trabalho, a falta de acesso telefônico e disponibilidade imediata aos prontuários dos pacientes torna muito difícil o contato com os médicos envolvidos no atendimento ao idoso por isto reforçamos, ainda mais uma vez, àqueles que se dedicarem à Odontogeriatricia devem possuir sólidos conhecimentos sobre patologias e dinâmica dos fármacos, tanto para facilitar o diálogo com médicos como para fazer frente à situações onde este é impossível, o que torna nossa responsabilidade ainda maior e a necessidade de estudos continuados ainda mais clara e fundamental: a vida de um ser humano pode estar em nossas mãos quando precipitadamente queremos extrair “aqueles dentes com grande mobilidade” e que causam desconforto / dor ao paciente idoso.

O aspecto financeiro é um ponto crítico para o atendimento do idoso e é por isto que MARINELLI et al. (1982)<sup>21</sup> propõem um acordo entre os dentistas e os idosos, buscando criar um modo de que os pacientes possam ser atendidos em suas reais necessidades e os dentistas recebam o que merecem, seja pelo governo (países de 1o Mundo), pelos planos de saúde / seguros ou pelos idosos, apesar dos custos odontológicos terem crescido acima dos ganhos previdenciários nas últimas décadas, criando um degrau social muitas vezes difícil de ser suplantado sem um reestudo de seus custos / ganhos pelos profissionais; por outro lado, neste mesmo trabalho é triste ver que a Odontologia, especialmente por seus custos, é colocada como uma das mais distantes prioridades dos pacientes idosos por eles analisados<sup>32</sup>.

PICKLES; COMPTON (1998)<sup>30</sup> reforçam o conceito de um enfoque multidisciplinar na 3a idade, onde o paciente deve ser analisado como um todo e a presença de profissionais de diversas áreas de interesse com um diálogo comum, que trará benefícios aos tratamentos a serem realizados; no que são corroborados por ETTINGER (1987) <sup>10</sup> que ainda acrescenta: na educação médica e odontológica hoje, há uma ênfase crescente na integração entre aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos da doença e este é o grande diferencial do tratamento de pacientes idosos frente aos mais jovens.

Ainda afirma este último autor que estas diferenças envolvem o processo de tomada de decisões clínicas, as metas e limitações do tratamento, o ambiente terapêutico, o trato do paciente e aspectos econômicos como também nos coloca que o tratamento dentário dos pacientes idosos tem sido bastante ignorado entre os profissionais e as escolas de odontologia e que é preciso mudar os critérios de tratamento já que os antigos padrões baseados em pacientes desdentados mudaram pelo crescente número de pacientes com muitos elementos remanescentes que chegam ao nosso atendimento desde já e ainda mais nestes primeiros 30 - 40 anos deste século<sup>10,32</sup>.

Serás jovem enquanto te conservares

Receptivo ao que é belo, bom e grande

General Mac Arthur

## PROMOÇÃO DE SAÚDE ORAL E PREVENÇÃO

O objetivo da odontologia preventiva é de prevenir o início da doença ou poder revertê-la em seus estágios iniciais. Na população idosa, a promoção da saúde está geralmente focada na prevenção de cáries, da doença periodontal e do câncer oral. Com instruções intensivas e motivação em higiene oral com controles de duas a quatro vezes por ano, somada à aplicações tópicas de flúor, aqueles pacientes idosos que inicialmente tinham condições dentais e periodontais inadequadas acabaram por mostrar uma habilidade de tanto manter os dentes naturais como os suportes de overdentures e / ou próteses parciais removíveis (PPRs) por mais anos, como demonstrou o extenso trabalho (5 anos) de De BAAT et al (1993)<sup>5</sup>.

## CÂNCER BUCAL

O câncer bucal se constitui em cerca de 3,1% dos 1 milhão de novos casos anuais de cancer nos E.U.A. e de 8 a 9000 mortes / anuais são atribuídas a ele, além dos ambientes sociais que cria quando não levam a óbito. Está intrinsecamente relacionado à idade (95%) e atinge mais os homens (sendo que a diferença para as mulheres está diminuindo) geralmente na língua, orofaringe, assoalho da boca e lábios. Existe uma relação causa-efeito com o hábito de fumar, por isto a maior medida preventiva que podemos fazer é induzir ao abandono do fumo com métodos de educação, treinamento para aversão e uso de drogas substitutivas da nicotina além de motivá-los para um exame investigativo de câncer anual., sempre propostos por profissionais de odontologia<sup>7</sup>.

## CÁRIES DENTAIS

Não pudemos observar um suporte científico de que as cáries sejam mais comuns nos jovens que nos idosos; na verdade o aumento de cáries de coroa e raiz nos idosos é esperada por diversos motivos como dificuldade de higienização adequada (especialmente se não estiver informado / motivado), diminuição do fluxo salivar (pela idade / por fármacos) e dieta inadequada / cariogênica (pela dificuldade de mastigação / confecção de alimentos saudáveis / substituição por carboidratos mais açucarados).

Segundo ERIKSON (1997) <sup>7</sup> as cáries de raiz são vistas de forma diferente das cáries de coroa clínica pois assume aspecto de infecção, já que há um aumento de agentes infecciosos pelo menor fluxo salivar, somado à perda mineral da raiz e a presença de

uma dieta cariogênica, criando e que a autora chama de tríade de cáries radiculares. Associado a estes temos a menor capacidade tampão da saliva, presença de próteses próximas, apertamento / abrasão dental entre outros fatores intra e extraorais.

Nossa intenção deve ser de procurar transformar cáries ativas em inativas por meio das diversas medidas preventivas citadas acima, e que devem ser extendidas à seus familiares e pessoal auxiliar que dão suporte no dia-a-dia, já que muitas vezes não podemos obter esta cooperação quando as capacidades cognitivas do paciente estão alteradas por doenças diversas.

## ANÁLISE DE RISCO

É muito importante para podermos planejar as medidas preventivas a serem tomadas para um paciente ou até para programas comunitários. Entre os pontos mais importantes temos: experiência anterior de cáries, quantidade / composição da placa bacteriana, ingestão constante de carboidratos fermentáveis e açúcares, qualidade e quantidade de saliva, número de raízes expostas, terapia periodontal em andamento, fumo, presença de doenças sistêmicas (e os medicamentos), falta de integração social e suporte da família<sup>5,15</sup>.

## DOENÇA PERIODONTAL

Segundo FOX (1994)<sup>12</sup> a doença periodontal nos idosos não segue, necessariamente, o mesmo padrão que em pacientes mais jovens, em parte por condições pré-existentes (fatores de risco) e também pelo uso de medicamentos que podem afetar a saúde e tratamento odontológicos, e tais dados são suportados por pesquisas epidemiológicas recentes realizadas nos EUA e na Inglaterra.

Outro fator é a maior presença de elementos dentários nas cavidades bucais com o passar dos anos e medidas preventivas ao longo da vida, já que patógenos específicos da placa bacteriana de idosos influenciam no processo, daí advindo uma necessidade real, conforme salientam MONTENEGRO et al. (1998)<sup>24</sup> e BRUNETTI et al (1998)<sup>4</sup> em suas publicações recentes, de se instituir um efetivo programa de controle de placa, análise de dieta, escovação, fio dental, meios auxiliares e fluoroterapia para estes pacientes.

Um fator muito crítico para a instalação e desenvolvimento da doença periodontal é a diminuição do fluxo salivar causado pela idade (parte menor) e pelo uso de diversos fármacos (maior ocorrência). O correto diálogo com os médicos do paciente buscando mudar os fármacos indicados por outros sem este efeito colateral devem ser um dos itens importantes de um programa preventivo consistente, que também deve incluir a limpeza de próteses, rebordos, língua e tecidos orais, já que o efeito mais comum dos remédios sobre a gengiva é sua capacidade de gerar hiperplasias gengivais (mesmo sem placa bacteriana presente), por exemplo: no caso da ciclosporina, cerca de 85% dos crescimentos gengivais exagerados diminuem quando seu uso é suspenso. Cerca de 400 fármacos estão associados com a redução do fluxo salivar (e até xerostomia) segundo KAMEN (1997)<sup>15</sup>.

A população atual de idosos  
do Brasil é igual ao total de  
habitantes de Portugal.

O uso de bochechos com ou sem efeitos anti-cárie, anti-placa e anti-tártaro também devem ser considerados, pois possuem diversos efeitos colaterais e também de suporte psicológico que precisam ser considerados com o paciente, familiares e pessoal auxiliar.

Com a idade, mudanças anatômicas no periodonto ocorrem, segundo KAMEN (1997)<sup>15</sup>, que deixam o epitélio mais fino, devido a uma queratinização diminuída; também as fibras colágenas se tornam mais grossas e nota-se que a largura do cimento aumenta com decréscimo da largura do ligamento periontal com as fibras principais se tornando mais irregulares.

Como também há um declínio na função imune com uma conseqüente capacidade de resposta do

hospedeiro diminuída, os patógenos periodontais encontram campo fértil para se proliferarem, daí reafirmando a necessidade de um programa preventivo sério com os pacientes de 3idade<sup>5</sup>.

## CONSIDERAÇÕES ENDODÔNTICAS

Apenas visando a ajudar quando discutiremos o planejamento protético, é preciso que o clínico geral tome conhecimento de alguns aspectos endodônticos que podem influenciar no seu diagnóstico / prognóstico e tratamento a ser estabelecido.

## RESPOSTA PULPAR

A polpa pode se tornar mais envelhecida pelo trauma (cárie, acidentes, oclusal), levando a um menor número de odontoblastos e fibroblastos, veias e nervos e aumento do volume de colágeno. As calcificações são mais comuns com a idade, mas podem ocorrer por trauma. A câmara pulpar diminui de volume e nos molares, segundo WALTON (1997) 37 há mais formação de dentina no teto e assoalho dos molares, dando à câmara um aspecto discóide, podendo criar dificuldade no acesso aos canais radiculares, especialmente nos dentes multiradiculares.

Também a capacidade de resposta à injúria diminui devido ao menor número de células e vasos, permitindo com que os preparos cavitários e próteses que não comprometeriam a polpa dos mais jovens possam levar à dano irreversível nos mais idosos. Deve-se tomar cuidado no uso de aparelhos de teste pulpar eletrônicos (e também de tratamento / obturação) em pacientes que usam marcapassos cardíacos.

## RESPOSTA PERIAPICAL

Segundo WALTON (1997) 37 as mudanças perapicais com a idade não são consideráveis, mas podem ser modificadas se as condições sistêmicas do paciente estiverem alteradas por patologias debilitantes. Na cicatrização há um pequeno retardo na cura, mas que ocorrerá, estando o paciente saudável e também a instrumentação / fármacos usados terem sido adequados. NOGUEIRA (1999) 27 relata recuperações periapicais em idosos saudáveis tão satisfatórias quanto nos mais jovens, geralmente havendo fechamento das lesões nos controles subsequentes que realizou, e de resultados clínicos da forma que seria esperada nos mais jovens.

O número de consultas, horário, duração e posição da cadeira também são aspectos comuns no tratamento odontológico e no endodôntico do paciente idoso e segundo MANETA et al (1998)20 poderiam ser resolvidos da seguinte forma: número de consultas - deve ser o menor possível, para realizar o tratamento correto, daí uma produtividade e planejamento prévios serem imprescindíveis; horário: geralmente pela manhã, onde a condição física e disposição do paciente estão mais adequados; duração ideal : de 30 / 40 minutos (podendo chegar até 01 hora), sempre lembrando o horário de alimentação (diabéticos) e idas à toilete. Sobre a posição da cadeira, apesar das condições ergonômicas dadas pelos novos equipamentos, nos idosos, por conta de uma tradição de atendimento dentário somado à hipotensão postural - efeito colateral de diversos fármacos - o ideal é o espaldar da cadeira ficar o mais vertical possível, dando conforto à região da glote do paciente; para não causar problemas de coluna ao profissional, a idéia de consultas de pouca duração (ainda que em maior número) ganha ainda maior razão.

Sobre as cirurgias periapicais, segundo WALTON (1996)<sup>38</sup>, desde que não existam impedimentos causados por doenças sistêmicas para o ato cirúrgico e de condições anêmico-nutricionais para o pós-operatório, não haveria qualquer oposição à sua realização na prática endodôntica. Lembra apenas o planejamento, disposição dos materiais, presença de auxiliares e máxima eficiência para realizá-las no menor tempo possível.

O trauma psicológico (e funcional) da perda de um dente estratégico / estético deve ser sempre evitado, daí a idéia de procurar todos os meios de trazer de volta o elemento dental à saúde e função, mesmo que realizar tantos atos clínicos possa parecer muito difícil para o paciente, mas muitas vezes, relatam MONTENEGRO et al. (1998)<sup>24</sup> mesmo a pequena perda de um dente secundário para o conjunto da boca, pode detonar um quadro depressivo e até apressar seu óbito por perda da auto-estima, pela constatação da inevitável “chegada da velhice” (é claro que este paciente teria um fator depressivo muito profundo) e esta afirmação, que pode parecer um exagero à primeira vista, mas MORENO( 1985)<sup>25</sup> explica que o abalo psicológico em um idoso depressivo de alto grau pode ser inimaginável mesmo com pequenos problemas mas que envolvem sensações conflitantes da irreversível(e agora confirmada pela perda de um dente) chegada da velhice.

## A PRIMEIRA VISITA AO CONSULTÓRIO

Um dos pontos mais críticos do tratamento do paciente idoso é a correta visualização de seu todo orgânico, agora muito mais importante do que somente a cavidade bucal e ATM às quais o profissional estava acostumado em seus pacientes adolescentes e de meia idade.

O profissional de saúde deve

considerar o cliente de 3 a idade

como um todo, sob os pontos de vista biológico,

psicológico e social.

LA ROCCA & JAHNIGEN (1997)<sup>18</sup> pontificam uma série de aspectos que podem nos dar alertas sobre uma condição mais crítica do paciente, a saber: história recente de infarte do miocárdio, angina, válvulas cardíacas protéticas, murmúrios cardíacos, prolapso da válvula mitral, doenças cardíacas reumáticas e / ou adquiridas, história de endocardite bacteriana, cardiomiopatia hipertrófica, defeitos cardíacos congênitos, histórico de falha cardíaca congestiva, hipertensão, doença pulmonar - incluindo asma e as crônicas obstrutivas, artrite e presença de articulações protéticas, doenças nos rins, diabetes melitus, histórico de câncer e / ou terapias contra , tratamentos anticoagulantes, tuberculose e problemas de memória (demência) estão entre os mais destacados.



Como se pode observar, diversos destes problemas estão relacionados à parte cardíaca e nossa formação acadêmica não permite diagnosticar diferencialmente dados fornecidos pelo paciente, imaginar os omitidos pelo mesmo ou até deduzíveis do que ele nos relata: daí a importância do íntimo relacionamento com o(s) médico(s) do paciente, bem como o complemento dos dados com discussões com seus familiares.

MONTENEGRO (1999)<sup>23</sup> salienta a objetividade / produtividade que devemos ter nos atendimentos de pacientes conveniados, mas é exatamente o oposto disto que devemos ter ao atender pacientes idosos: TEMPO CLÍNICO. Este difícil tempo, paciência e capacidade “ investigativa ” é que fará a diferença no atendimento deste paciente: quanto

mais dados pudermos obter (dele, seus familiares, médicos, enfermeiros) mais seguros poderemos estar ao tratá-lo, conforme igualmente esclarece MANETTA et al. (1998)<sup>19</sup>.

Também esta “ vivência ” com o idoso (e os seus), acabam por dar um suporte psicológico que é uma importante parte componente do tratamento odontológico na 3ª idade: quanto mais confiança pudermos conseguir, mais dados e segurança teremos no nosso tratamento .

Cabe ao CD, juntamente com os médicos e pessoal auxiliar, procurar obter indícios de um problema muito comum entre os idosos: a automedicação, que pode levar a diagnósticos / tratamentos equivocados, já que é comum esta faixa etária estar habituada a um grande número de fármacos ingeridos, muitos deles sem supervisão médica e em certos casos por indicação de leigos, já que sua locomoção aos consultórios e os, muitas vezes, inevitáveis exames e deslocamentos advindos destas consultas acabam por levá-los a optar pela errada e mais fácil solução da ingestão não supervisionada de medicamento, conforme afirmam BRUNETTI et al. (1998)<sup>4</sup> .

O ambiente nesta visita inicial ao profissional deve ser de calma e tranquilidade: a “correria” que ele teve durante sua vida profissional ou familiar não deveria ser lembrada e sim o foco da atenção deve estar concentrado no paciente, estando os demais problemas do CD, relegados - até que o laço de confiança se estabeleça - a um segundo plano. Também o pessoal auxiliar deve ser o espelho desta calma, bem como a música ambiente, que deve ser adequada às faixas etárias mais avançadas (instrumentais suaves, de preferência). Assim como vimos nos bancos acadêmicos os critérios de montagem de um consultório agradável e funcional, agora devemos revê-lo, muitos anos após estar funcionando, se ainda permanece nestas condições para um público que mais necessita de conforto, eficiência e um tranquilo local de atendimento.

Também é preciso que o profissional direcionado à odontogeriatria tenha condições de instalar em seu consultório um equipo adequado para receber cadeiras de rodas ou que ao menos ele e seu pessoal auxiliar saiba realizar uma transferência de paciente imobilizado para a cadeira de atendimento [POSNICK; MARTIN (1977) 31, KAMINSKY et al. (1988) 16 e ANDERSON(1967)1 ]

Como visto anteriormente, é preciso fazer uma verdadeira inquirição médica do paciente idoso, mas será muito mais difícil poder obter dados confiáveis se fizermos apenas um questionário de prancheta - mesmo que muito abrangente - na sala de espera. Alguns dados básicos podem ser obtidos no preenchimento da ficha, como seus dados pessoais, profissão(ões) exercida(s) - ou se ainda está atuante -, o endereço e especialidade de seu(s) médico(s) e telefones (exigir da secretária o preenchimento destes dados, pois serão a base do início de troca de informações, primordiais já para até o dia de hoje, onde uma emergência possa ter que ser realizada, bem como as doenças que sofreu ou sofre, e fármacos que ingere no seu dia-a-dia ou mesmo esporadicamente.

## CONSIDERAÇÕES PROTÉTICAS NA TERCEIRA IDADE

A perda dos dentes não nos obriga necessariamente a recolocá-los . Muitos pesquisadores advogam que muito mais que “encher uma boca de dentes” devemos ter um enfoque racional para os pacientes idosos onde devemos nos concentrar nas necessidades funcionais e psicológicas deles, mais do que reabilitá-las automática e “por completo”.

Também tem sido do domínio da classe, desde os anos 80, o crescente uso do conceito de arco dentário encurtado, onde repõe-se do segundo pré-molar de um arco a segundo pré-molar do lado oposto [KAYSER et al (1981) 17], já que desta forma, podemos conseguir manter a dimensão vertical de oclusão, bem como as proteções entre dentes anteriores e posteriores, além da inevitável manutenção da função mastigatória.

Independentemente de haver suporte científico para esta opção terapêutica, o mais importante, segundo MANETTA et. al.(1998)<sup>20</sup> é ouvir ao paciente, pois ele, por Ter aos 70/80/90 anos de idade é que sabe de suas necessidades bucais, ainda mais quando conhecemos que em países do 1o Mundo, em um levantamento com pacientes acima de 65 anos, cerca de 10% daqueles acima de 75 anos não possuem ou não usam próteses totais ( e nem as desejam Ter, esclarece a pesquisa)

É preciso que o CD aceite a ampliação de seu trabalho com pacientes da 3a idade: outros já esperam impacientes para se valer desta oportunidade.

BRUNETTI et al (1998)<sup>3</sup> afirmam da importância dos dentes para o preparo do bolo alimentar, especialmente em idosos ( para facilitar a ingestão e digestão), mas todos são concordes que é preciso sempre ouvir o paciente e depois adequar seus anseios dentro do que é possível cientificamente, já que procuramos melhorar sua qualidade de vida, pois ter dentes, em um sentido estético, é estar integrado familiar e socialmente, tornando seus últimos anos de vida uma jornada bem mais agradável e recompensante.

Quanto ao uso de aparelhos estéticos, deve-se considerar um novo enfoque para suas indicações na 3ª idade. É de triste memória que até bem pouco tempo atrás, que o idoso possuidor de gengivas inflamadas, vários dentes com mobilidade, ausências dentárias, dentes versionados que promoviam maloclusões e pacientes sem preocupação com cuidados caseiros acabava por levar os dentistas a indicar próteses totais, muitas vezes até em pacientes mais jovens, como uma ótima solução, pensada como definitiva. O tempo provou isto como um ledor engano: a reabsorção óssea é inexorável [MONTENEGRO (1989)<sup>22</sup>] e ainda aumentada pelo não retorno periódico do paciente, que levava à próteses cada dia mais mal-adaptadas e que só aumentavam a reabsorção óssea, ao invés de preveni-la. Este indivíduo, ao chegar à terceira idade, não terá, certamente, condições anatomo-funcionais de receber uma prótese total com boa adaptação e funcionalidade.

O advento de novos conhecimentos para a utilização de overdentures (sobredentaduras) naqueles pacientes que lutam pela preservação de poucos dentes permitiu, segundo SHAY(1997)<sup>33</sup>, que usando implantes ósseo-integrados ou mesmo PPRs convencionais, que preservássemos bons volumes de osso alveolar por um período de tempo maior gerando menos problemas aos pacientes.

O menor tempo para a ósseo-integração, observado em nossos dias, sinaliza para uma maior utilização dos implantes de titânio em pacientes parcial ou totalmente desdentados que segundo TRUHLAR; CASINO (1997)<sup>36</sup> têm grandes vantagens sobre as próteses apoiadas sobre os tecidos, já que as próteses totais se movem cerca de 10 mm quando em função (as PPRs cerca de 1,5 a 2 mm), enquanto que os anquilosados implantes mantêm-se fixos nas bases que os suportam., dando condições de um bom ajuste oclusal naquela região, o que pode ser benéfico à ATM do paciente. Mesmo assim os implantes possuem contra-indicações, especialmente para os idosos: primeiramente por motivo médico, em funções de doenças que impeçam as fases cirúrgicas de fixação dos implantes, seguida pelos custos, ainda fora de uma aplicação generalizada especialmente em nosso país, acrescente-se ainda os pacientes com problemas mentais variados dos quais não poderemos obter a indispensável cooperação para os pós-operatórios e para a higienização posterior que é fundamental para o sucesso da terapia. Também o bruxismo, em suas diversas apresentações clínicas, desde que não retornável à normalidade, também contra-indica o uso seguro de implantes.

Dado às condições econômicas da população brasileira e em especial a de idosos neste início de século, a indicação mais comum tem sido das próteses parciais removíveis (PPR) que desde o trabalho pioneiro de TODESCAN; ROMANELLI no início da década de 70 (1971) <sup>35</sup> em São Paulo, onde observaram que os péssimos desempenhos clínicos das PPR se deviam ao descuido dos CDs em realizá-las e a importância destes trabalhos acabou gerando uma crença infundada de boa parcela da população, para a qual estas próteses “causam cáries e levam à perda dos dentes”. Mas este nunca foi o pensamento dos poucos dentistas (cerca de 2%) que as indicaram / realizaram

corretamente em todos estes anos. Elas são uma ótima terapia, a um custo acessível e que adequadamente controladas, preenchem os requisitos esperados, particularmente pela facilidade de higienização e acesso aos dentes suportes, ainda que sua remoção precise ser detalhadamente ensinada aos pacientes que em pouco tempo as removerão e colocarão com maior destreza que nós próprios que como qualquer dispositivo artificial, deve ser removidas da boca, limpas e imersas em soluções antisépticas até o dia seguinte, para dar descanso aos tecidos de suporte.

Os inlays cerâmicos e de resina, as porcelanas injetadas, reforçadas por fibras, e os demais materiais estéticos muito difundidos na última década do século passado continuam sendo opções adequadas para os dentes tratados endodônticamente, bem como as próteses de pequena extensão e das coroas de dentes anteriores, cuja existência foi viabilizada pelo uso de ataque ácido e adesivos dentinários e de esmalte podem ser prejudicados - em pequena parte e não superior a 15% , segundo MANETTA et al. (1998) 20- devido às mudanças estruturais do esmalte de pacientes idosos.

Desta forma, os aparelhos fixos devem ser indicados com menor frequência e para espaços protéticos de menor extensão, sempre considerando uma melhor condição de limpeza já no planejamento dos casos, com ameias compatíveis para escovas interdentais e o uso de pânticos higiênicos nos dentes posteriores, conforme preconizam BOTTINO; BRUNETTI (1986) 2 . Mas este suporte científico de nada adiantará se o paciente não tiver habilidade motora para uma limpeza eficiente (ou mesmo seus familiares / acompanhantes), podendo ser um fator impeditivo na indicação não só das próteses fixas como de qualquer tipo de prótese dental. A opção deve ser sempre pelo tipo de prótese mais adequada à capacidade de higienização dos pacientes.

O uso de cerâmica nas faces oclusais deve ser repensado com a aplicação das modernas resinas reforçadas, que segundo SHAY (1997) 33, acabam por transmitir uma menor carga aos dentes e periodonto de suporte dos dentes por elas recobertos. A opção de diminuir a largura vestibulo-palatina das faces oclusais, proposta nos anos 60, ganha novo alento com os implantes e pode ser extrapolada às próteses convencionais.

## CONCLUSÕES

Por tudo o que foi exposto até agora, muito há de se aprender, para todos nós, buscando um desempenho correto na odontogeriatrics, especialmente no domínio de fármacos e doenças às quais a Odontologia não estava acostumada. Para suplantarmos este ponto é preciso que as Faculdades iniciem o ensino específico ainda nos bancos escolares e depois as Associações / Entidades de Ensino Continuo continuem transmitindo mais e mais ensinamentos.

A criação de mais uma especialidade odontológica em nada ajudará o trabalho com idosos: o assunto é pertinente ao clínico geral e o crescimento populacional inviabiliza qualquer tentativa de circunscrever o tratamento a uns poucos “bafejados pela sorte”, basta apenas que o generalista se conscientize do quanto que necessita estudar destes novos tópicos sobre psicologia, nutrição, e interação medicamentosa.

Quando se ajuda o outro sinceramente, ajuda-se a si.

Esta é uma das mais belas recompensas da vida.  
Ralph Emerson(1803-1882)

Sobre o tratamento odontológico propriamente dito, julgamos como a parte mais “simples” do processo já que, uma vez identificados os diversos fatores específicos aos idosos, o tratamento discorre com a normalidade de um atendimento em pacientes de meia-idade (exclusivamente sobre o fatores de execução dos casos e as diversas áreas clínicas da odontologia).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON,C. Modified dental chair for patients in wheelchairs, J. Am. Dent. Assoc., vol.74, n. 10, p.1255 - 65, Dec.1967
2. BOTTINO,M.A.; BRUNETTI,R.F. Manual de Prótese Fixa, Editora Santos, 1986, p. 202 - 225
3. BRUNETTI,R.F.; MONTENEGRO,F.L.B.; MANETTA, C.E. Funções do sistema mastigatório, Atual.  
Geriatr. v. 3, n. 16, p. 6-9, Abr. 1998
4. BRUNETTI,R.F.; MANETTA,C.E.; MONTENEGRO,F.L.B. Interações entre a medicina e a odontologia, parte II,v. 3, n. 20, p.5-12, Dez.1998
- 5 De BAAT, C.KALK,W.; SCHUIL,G. The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people,  
Gerontology, v. 10., p. 109 - 118, Abr. 1993
6. DUNKERSON,J.A. A odontologia na terceira idade,  
[http://www.odontologia.com.br/artigos/terceira Idade.html](http://www.odontologia.com.br/artigos/terceira%20idade.html) , 08 / 05 / 1998.
7. ERICKISON,L. Oral health promotion and prevention for olders adults. Dent. Clin. North Am., v. 41,  
n. 11, p. 727 – 750, Ovt. 1997.
8. ETTINGER,R.L. A clinical investigation of the adaptation to complete dentures in the aged patient  
Thesis, Master, Faculty of Dentistry, University of Sydney, 1969
9. ETTINGER,R.L. An evaluation of the attitudes of elderly edentulous patients, Dent. Practit., v. 22, n. 3, p. 85 – 91, Nov. 1971.

10. ETTINGER,R.L. Clinical training for geriatric dentistry, *Gerodontics*, v. 3, n. 1 – 6, p. 275 – 279, Jul. 1987.
11. ETTINGER,R.L. Implications of geriatric concepts for the prosthodontic curriculum, *J. Dent. Educ.*, v. 56, n. 10, p. 680 – 683, Oct. 1993.
12. FOX,C.H. Periodontal disease among New England elders, *J. Periodontol*, v. 65, n. 7, p. 676 – 684 Jul. 1994.
13. GONÇALVES, F.S.S. Odontogeriatrics, uma necessidade na 3a idade, Dissertação – Especialização, UF Santa Catarina, 84 p, 1997.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Projeções populacionais, 1995 - 2025, São Paulo 1997.
15. KAMEN,P.R. Periodontal Care, *Dent. Clin. North Am.*, v. 41, n. 4, p. 751 – 762, Oct. 1997.
16. KAMINSKY,S.B.; KAURICH,M.J.; CHENDERLIN,J. Transfers to the dental chair, *Gerodontics*, v. 4, n. 2, p. 1 - 5, Feb. 1988.
17. KÄYSER,A.F. Shortened dental arches and oral function, *J. Oral Rehabil.*, v. 8, n. 4, p. 457 – 487, Apr. 1981.
18. LA ROCCA, C.D.; JAHNIGEN,D.W. Medical history and risk assessment, *Dent. Clin. North Am.* V. 41 n. 4, p. 669 – 679, Oct. 1997.
19. MANETTA,C.E.; BRUNETTI,R.F.; MONTENEGRO,F.L.B. Interações entre a medicina e a odontologia - parte I, *Atual. Geriatr.* v. 3, n. 19, p. 27-32 , Out. 1998.
20. MANETTA,C.E.; BRUNETTI,R.F.; MONTENEGRO,F.L.B. Uma promissora atividade no novo século: odontogeriatrics, *J. B. Odont. Clin.*, v. 2, n. 10, p. 85 – 87, Jul / Ago. 1998
21. MARINELLI,R.D.; KAMEN,S.; SREEBNY,L.M. Perception of dental needs by the well elderly, *Spec. Care Dent.*, v. 2, n. 4, p. 161 – 164, Jul / Aug. 1982
22. MONTENEGRO, F.L.B., Revisão e análise das técnicas de medição de reabsorção óssea em próteses parciais removíveis, Dissertação – Mestrado, F.O.U.S.P., 80 p., 1989.
23. MONTENEGRO,F.L.B., Convênios odontológicos: uma saída para a crise ?, *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 2 n. 2, p. 79-80, Mar-Abr. 1999.
24. MONTENEGRO,F.L.B.; MANETTA,C.E.; BRUNETTI,R.F. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico, *Atual. Geriatr.*, v. 3, n. 17, p. 6 – 10, Jun. 1998.
25. MORENO, P. Psicologia aplicada à 3a idade, *Cad. Psicol.*, v. 2, n. 14, p. 32 – 44, Out. 1985.

26. NAÇÕES UNIDAS – FUNDO POPULACIONAL – O estado da população mundial, 02 / 09 / 1998.
27. NOGUEIRA,P. Comunicação pessoal, São Paulo, 1999.
28. OURIQUE,S.A.M.; MONTENEGRO,F.L.B. Aspectos psicológicos no tratamento de pacientes idosos. apresentação de um caso, Rev. Paul. Odontol., v. 10, n. 5, p. 41-44, Set-Out. 1998
29. PAUNOVICH,E.D.; SADOWSKY,J.M.; CARTER,P. The most frequently prescribed medications in the elderly, Dent. Clin. North Am., v. 41, n. 4, p. 699 – 726, Oct. 1997.
30. PICKLES,B.; COMPTON,A. Fisioterapia na 3a idade, 1a edição, São Paulo, Liv. Santos, p. 469 – 477 1998.
31. POSNICK,W.R.,MARTIN,H.H. Wheel chair transfer techniques for the dental office, J. Am. Dent. Assoc., v. 94, n. 4, p. 719 – 722, Apr. 1977.
32. PUCCA JR., G.A. perfil do edentulismo e do uso de próteses dentais em idosos residentes no município de São Paulo, Tese – Mestrado, Esc. Paul. de Medicina, 107 p., 1998
33. SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient, Dent. Clin. North. Am., v. 41, n. 4, p.817 - 845, Oct. 1997.
34. SQUIRES,A. Previsões futuras, São Paulo, Liv. Santos, p. 498, 1998.
35. TODESCAN,R.; ROMANELLI,J. Porque fracassam as prótese parciais removíveis ?, Rev. Ass.Paul. Cirurg.Dent. v. 25,n.1, p. 13-23, Jan-Fev. 1971.
36. TRUHLAR,R.S.; CASSINO,A.J. Treatment planning of the elderly implant patient, Dent. Clin. North Am., v.41, n. 4. p. 847 – 861, Oct. 1997.
37. WALTON,R.E. Endodontic considerations in the geriatric patient, Dent. Clin. North Am., v. 41, p. 795 – 816, Oct. 1997
38. WALTON,R.E. Apical surgery considerations J. Dent. Am. Assoc., v. 127, , p. 321 - 327, 1996.

\* PROF. .DR. RUY FONSECA BRUNETTI  
Prof. Titular da Universidade Paulista-UNIP  
Prof. Emérito da UNESP- Univ.Júlio de Mesquita Filho  
Doutor pela Faculdade de Medicina da U.S.P.  
Consultor em Odontogeriatría

\* \* PROF.DR. FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO  
Prof. Titular II da Universidade Paulista- UNIP  
Mestre e Doutor pela F.O.U.S.P.  
Especialista em Prótese e Periodontia  
Diretor Departamento de Vídeo da APCD-Central

Agradecimento ao Dr. Carlo Marchesini Pereira pela formatação científica deste trabalho