

ODONTOGERIATRIA - Uma promissora atividade para o profissional consciencioso neste início de século.

Prof. Dr. Ruy Fonseca Brunetti
Prof. Dr. Fernando Luiz Brunetti Montenegro

Resumo

-

O aumento da expectativa de vida em todo o mundo, especialmente nos países mais desenvolvidos, é fruto da melhora das condições ambientais, de saneamento básico, educação e informação da população. Dentro deste contexto, a Odontologia terá um contingente crescente de pacientes idosos, que por sua condição física e mental poderão receber tratamentos antes destinados aos mais jovens e de meia idade. Muito mais do que um aumento de rendimentos, a responsabilidade e conhecimento específico do profissional serão muito exigidos, pois as características heterogêneas desta faixa etária, devem ser bem dominadas pelos que a ela irão se confrontar no dia-a-dia.

Introdução

-

-

Graças a um maior desenvolvimento e troca de informações da humanidade, estamos podendo experienciar em todo o mundo, mantidas as diferenças regionais, um significativo aumento da expectativa de vida e que se devem às vacinações públicas, criação de antibióticos, melhora no saneamento básico dos diversos estratos sociais, divulgação de medidas preventivas de saúde à nível populacional, troca de tabus religiosos por verdades científicas, permitindo assim que a expectativa de vida passasse de 22 anos na Roma Antiga para até 85 anos na Alemanha, deste final de século.^{3,8, 10}

Sem dúvida, a Odontologia, mesmo em um país como o Brasil (de 3º Mundo), tem tido melhoras crescentes, refletidas em um menor índice de cárie em crianças, conforme os últimos dados divulgados pela mídia especializada. Todo este conjunto de atitudes sociais, somadas ao uso de flúor na água e prevenção em larga escala, têm permitido condições bucais satisfatórias de nossa população, mesmo que não exista uma cooperação governamental clara e decisiva. Talvez muito deste aparente (afinal não abrange toda a população) sucesso tenha ocorrido pelo maior empenho social dos meios de comunicação, somado à importância relevada ao conhecimento preventivo que existe entre os profissionais de nossa área.

Nos países de 1º Mundo, estes bons patamares bucais foram alcançados pelas medidas preventivas oriundas das experiências realizadas na Escandinávia desde a década de 60 deste século. Os resultados obtidos foram e vêm sendo transmitidos a todo o mundo odontológico e com certeza é mais um dos fatores que acabam por colocar nossa profissão em patamares cada vez mais respeitados dentro da sociedade. Juntamente com esta melhora odontológica houveram diversas outras medidas populacionais de impacto que acabaram por levar os indivíduos a viver cada vez mais anos.^{4,12}

O grupo de pessoas idosas, que se iniciava a partir dos 60/65 anos nos organismos governamentais até a metade deste século, vê seu número de membros crescer mais e mais a cada nova tomada estatística. Estes novos e numerosos idosos têm como previsão no Brasil, no ano de 2015, de serem mais de 15% da população brasileira e podendo atingir faixas etárias de 80/90 anos, com maior saúde física e mental que nos últimos anos e séculos.⁷

Entendemos claramente que esta não é a realidade de toda a população de um país continental como o nosso, especialmente porque muitas das discrepâncias sociais que existiam no começo

do século, estão ainda mais notáveis nos dias atuais; mesmo assim, ainda que considerando os bolsões mais subdesenvolvidos dos países, é perceptível um incremento nas condições sociais e de saúde da população como um todo, confirmando os dados do Relatório Anual sobre População da ONU em 1998, sobre uma realidade que já ocorre em todo o mundo.

A Odontologia Brasileira tem sofrido momentos angustiantes neste final de século, relatados por colegas das mais diversas épocas de formatura, porém, estas previsões populacionais acabam por criar um alento à todos os colegas que nela estiverem no próximo século, em função do crescimento de uma possível clientela, que apesar das melhores condições de saúde, terá que se defrontar com extensa crise econômica nesta virada de milênio (BLAU(1982)¹, KINA(1996)⁸).

Expectativa de vida ao longo dos séculos		
Época	Local	Idade
50 A.C.	Roma	22 anos
1750 D.C.	Suécia	35 anos
1850 D.C.	E.U.A.	40 anos
1950 D.C.	E.U.A.	70 anos
1950 D.C.	3º mundo	41 anos
2000 D.C.	Europa	85 anos
2000 D.C.	3º mundo	62 / 65 anos
2045 D.C.	3º mundo	73 / 77 anos

United Nations: World Population Report, 1998.

Mudança no enfoque

-
-

A população idosa é, em geral, estereotipada como pobre, candidata às próteses totais, doente, ranzinza e pouco frequente à médicos e CDs. E estas figuras acabam por levar tanto os profissionais como os próprios pacientes a acreditarem que os tratamentos a serem propostos devem ser paliativos e não tão bem dirigidos como eram nas faixas mais jovens de população. Cada ponto deste pode ser rebatido adequadamente, mas talvez não se possa ter espaço disponível para adentrar à seriedade que o atendimento destes novos idosos merece^{1,12}.

As infelizes políticas de trabalho em nosso país acabam por retirar do mercado indivíduos na plenitude de seu potencial e experiências: é a conhecida “abertura de espaço para os mais jovens”. Com certeza a informática tem ajudado – e muito – a aumentar este “gap” etário procurando mostrar que a Internet é o sustentáculo de um “novo mundo” e quem nela não estiver inserido, logicamente estará distante da realidade, que sabemos não ser a verdade até em profissões técnicas como a nossa, conforme BRUNETTI(1998)³.

Este distanciamento ideológico “a máquina é mais que o homem” acaba por criar um abismo entre os valores da sociedade onde o idoso foi criado e esta moderna sociedade das trocas internacionais. Procura-se, mesmo em países que sempre valorizaram os mais velhos, como o Japão e alguns países da Ásia e Europa, tentar mostrar que um software é mais que uma vida de experiências e aprendizado. (por exemplo, softs de ATM versus a estória do paciente.....)¹¹.

Desta forma o idoso se aposenta quando mais tinha a oferecer, levando a estados depressivos que acabam por refletir em problemas nutricionais que irão – se não forem vistos a tempo – minar a saúde geral do paciente. Este é um espectro do indivíduo que teremos em nosso consultório: muito mais que um simples dente com um amálgama fraturado, temos ali um ser humano, que deve – no nosso ambiente de trabalho – recuperar sua dignidade usurpada por esta sociedade impiedosa e consumista^{11,12}.

Também este indivíduo pode possuir doenças físicas reais (oriundas de sua vida laboriosa) que acrescidas por somatizações variadas (desde o trabalho até a família) e que envolvem, segundo MANETTA(1998)⁹ mais de 150 possíveis afecções, muitas das quais potencializadas/mudadas pela ação dos fármacos que tem ingerido nos últimos anos, criando combinações infundáveis de estados patológicos que só os mais experientes geriatras conseguem organizar e poder fazer diagnósticos / prognósticos.

Também entre os médicos poucos,proporcionalmente, são os geriatras, pois em 1998 , MONTENEGRO¹⁰, afirmava não serem mais de 400 especialistas em todo o Brasil,sendo ainda mais crítica a quantidade(senão próxima de zero) na Odontologia de profissionais voltados com seriedade à odontogeriatría, estando a maioria destes voltados aos ambientes universitários.

Talvez os aspectos mais críticos sejam aqueles ligados à Medicina: é preciso que os CDs tenham amplo conhecimento sobre a 3ª idade,desde as doenças que podem lhes afetar, suas repercussões na cavidade bucal e na cabeça e pescoço, e as importantes interações destas doenças com os fármacos ingeridos- indicados por médicos ou por auto-medicação- . Segundo a maioria dos autores consultados, não existe nos bancos universitários de odontologia - ou mesmo em cursos de continuidade- uma informação tão completa; por isto os CDs devem também procurar estes novos conhecimentos por conta própria através de compêndios médicos em Geriatria, somado às esparsas literaturas em odontogeriatría existem no Brasil (e mesmo nos USA)^{6,7}.

Mesmo no exterior a Odontogeriatría é recente e pode-se visualizar seu real início na década de 80,ainda que existam artigos /capítulos de livros- em pequeno número- desde o final da década de 50(USA).No Brasil, deve-se louvar as atividades pioneiras da Universidade de Maringá, Federal de Florianópolis e da Universidade Federal de São Paulo(Escola Paulista de Medicina)- que recebe CDs para trabalho em seus grupos de idosos e dos trabalhos dos Cadernos de 3ª Idade do SESI(São Paulo)- estes ainda na década de 80,^{3,4,8,10}.

Em nosso modo de focar os aspectos multidisciplinares/profissionais da odontogeriatría, aqueles puramente técnicos da Odontologia são os mais fáceis de suplantar,pois, tendo condições de ir ao consultório,poder higienizar corretamente os dentes/próteses e submeter-se aos diversos passos de um plano de tratamento adequado, podemos colocar tal idoso como igual à qualquer outro paciente mais jovem,apenas com as particularidades de tipo de anestésico, tempo/horário das consultas e modus operandi voltado ao idoso^{8,10}.

Porém,nem sempre este será o idoso que nos defrontamos: uma parte significativa deles está internado em instituições,estando impedidos -física e mentalmente- de frequentarem consultórios e ambulatórios; outra parte,mesmo podendo se deslocar para atendimento, não tem condições financeiras desde o onibus até o tratamento proposto,; outros,imobilizados em cadeiras de rodas, não conseguem acesso ao consultório de seu dentista(que precisa se preparar para recebê-lo); ainda alguns têm condições favoráveis para tratamento,mas problemas de saúde diversos(discrasias sanguíneas,por exemplo) impedem que possamos dar andamento ao plano de tratamento proposto, só para termos idéia da heterogenicidade desta população⁹.

Por fim devemos destacar a importância primordial de motivarmos o paciente idoso: a maioria deles jamais recebeu informações preventivas (e gostará de ter este conhecimento - desde que transmitido em linguagem acessível) ou nem poderá praticá-las(por impedimentos físicos),por isto é imperioso que os familiares e os enfermeiros que dele cuidem estejam conscientes de seu papel na prevenção odontológica. Muitos impedimentos durarão até sua morte(e por muitos anos),por isto é preciso esta integração entre os diversos profissionais envolvidos no seu tratamento:comunicação eficiente e dirigida é o único meio de sucesso na terapia com pacientes idosos^{2,5,10}.

Conclusões

- A Odontogeriatría é uma área de grande necessidade de conhecimentos abrangentes de Medicina e Farmacologia,que normalmente não estão disponíveis para o cirurgião dentista,que deve buscar obtê-los o mais rápido possível e na maior profundidade que o tema merece.
- - A integração entre médicos,cirurgiões dentistas , pessoal auxiliar (médico e odontológico) e de apoio(social e psicológico) é o objetivo de uma ação eficiente com o público idoso.
- - Jamais subestime seu paciente idoso: por trás de sua impaciência aparente existe um indivíduo bastante interessado em aprender,bastando saber como “acessá-lo”.

Referências Bibliográficas:

1. 1. BLAU, Z. S., Socioeconomic variations in dental status and behavior of today's elderly, **Spec. Care Dent.**, v. 2, no. 6, pp. 244-249, Nov / Dec 1982.
2. 2. BRAUN R. J.; MARCUS, M., Comparing treatment decisions for elderly and young dental patients, **Gerodontics**, v. 1, no. 1, pp. 138-142, 1985.
3. 3. BRUNETTI, R. F., Odontologia geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. **Atual Geriatria** v. 3, no. 15, pp. 26-29, Jan. / Fev. 1998.
4. 4. BRUNETTI, R. F., Funções do aparelho mastigatório no paciente geriátrico. **Atual Geriatria** v. 3, no. 16, pp. 6-9, Mar. / Abril 1998.
5. 5. COHEN, L. K., International comparisons in the provision of oral health care, **Br. Dent. J.**, v. 149, pp. 347-351, Dec. 1980.
6. 6. DOUGLASS, C. W.; FURINO, A., Balancing dental service requirements and supplies: epidemiologic and demographic evidence, **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 121, pp. 587-592, Nov. 1990.
7. 7. ETTINGER, R. L., Restoring the ageing dentition: repair or replacement?, **Int. Dent. J.**, v. 40, pp. 275-282, Nov. 1990.
8. 8. KINA, S. et al., O ensino da estomatogeriatría no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v. 10, no. 1, pp. 69-73, Jan. / Mar. 1996.
9. 9. MANETTA, C. E., Interações entre a medicina e a odontologia: parte I, **Atualid. Geriatria**, v. 3, no. 19, pp. 27-32, Nov. 1998.
10. 10. MONTENEGRO, F. L. B., Aspectos psicológicos a notar no paciente odontogeriátrico. **Atualid. Geriatria**, v. 3, no. 17, pp. 6-9, Maio / Junho 1998.
11. 11. STRAYER, M. S.; DIANGELIS, A. J.; LOUPE, M. J., Dentist knowledge of aging in relation to perceived elderly patient behavior, **Gerodontics**, v. 2, no. 6, pp. 223-227, Dec. 1986.
12. 12. WEINTRAUB, A. T., Dental needs and dental services use patterns of an elderly edentulous population, **J. Prosthetic. Dent.**, v. 54, no. 4, pp. 526-532, Oct. 1985.

Dr. Ruy Fonseca Brunetti
 Professor Titular da UNIP
 Professor Emérito da UNESP
 Consultor em Odontogeriatría

Dr. Fernando Luiz Brunetti Montenegro
 Coordenador Pós-Graduação Prótese Dentária UNIP
 Professor Titular II da UNIP
 Mestre e Doutor pela F.O.U.S.P.