

PRÓTESE DENTÁRIA NA 3A IDADE ASPECTOS IMPORTANTES A SEREM PONDERADOS

“ Como publicado nos Anais do I Encontro Interdisciplinar de Odontologia em Gerontologia, Ed. Casa do Novo Autor, São Paulo, 1999, p.70-77”

FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO

Mestre e Doutor pela FOU SP

Coordenador Curso Especialização Odontogeriatrics Abeno-SP

Consultor em Odontogeriatrics Site Medcenter.com.br

Membro da Sociedade Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

RUY FONSECA BRUNETTI

Doutor pela Faculdade de Medicina da USP

Professor Emérito da UNESP

Consultor em Odontogeriatrics

Autor do Livro pioneiro “ Odontogeriatrics:Noções de Interesse Clínico”, 2002

“ NÃO SOU JOVEM O SUFICIENTE PARA SABER TUDO”

GEORGE BERNARD SHAW(1856-1950)

Resumo

Os autores procuram fazer , dentro dos muitos aspectos da Odontogeriatrics, um breve relato daqueles pertinentes à Prótese Dentária e sua profunda participação na integração social do indivíduo idoso que necessita de reabilitação oral, maior ou menor. Muitos pontos de integração, entre os inúmeros enfoques da Odontogeriatrics, serão abordados, procurando dar ao leitor uma visão abrangente sobre o tema.

Introdução

A Odontogeriatrics pode ser nova no Brasil, porém já existe há mais de 50 anos nos EUA, graças aos trabalhos pioneiros de KAMEN e ETTINGER, que terminaram por criar o conhecido grupo de Odontogeriatrics do Iowa, em Iowa City (USA)⁵.

Seu estudo profundo se torna imperioso, pois, nos últimos anos, todas as projeções estatísticas da ONU e institutos demográficos dos diversos países^{3,11}, mostram um aumento claro no número de idosos em todo o mundo, com uma diminuição das faixas mais jovens da população.

Tais previsões nos levam, de uma expectativa de vida de 22 anos na Roma Antiga para cerca de 85 anos na Alemanha. neste final de século, com certeza motivado pelo aumento das condições de saneamento básico. melhora das vacinações, informações sobre dietas adequadas e medidas preventivas espalhadas por quase toda a população mundial, se bem que ainda existam bolsões localizados de pobreza e crescimento populacional descontrolado, conforme o último relatório da ONU sobre a população mundial (1998)¹¹.

Dentro destes perfis populacionais. deve-se destacar a mudança do número de filhos de cada família: de 4,7 há 15 anos, hoje já se localiza próximo a 2,1 especialmente nos países industrializados, dando sustentação graças às melhoras de qualidade de vida- ao aumento do número de idosos, observado, ao menos, nos países mais civilizados do planeta³.

Estes pacientes chegarão à 3ª idade em melhores condições bucais e de saúde geral; assim sendo, será necessário prover os serviços odontológicos de conhecimentos e habilidades para um melhor desempenho com este emergente e numeroso grupo de pacientes, que, por melhor condição financeira .poderão ter acesso às diversas opções de atendimento odontológico, particularmente na prótese dentária e que anteriormente estava relegada ao triste par de dentaduras- um túmulo para a eficiência mastigatória dos pacientes e para os anseios profissionais dos cirurgiões dentistas².

Geralmente vê-se este grupo como homogêneo: na verdade ele é constituído de membros bastante díspares- primeiro no aspecto financeiro. pois podem viver desde a linha de pobreza até nas classes mais abastadas; além disto, podem viver em suas casas, no convívio de sua família, ou sozinhos em instituições de atendimento, igualmente podem se locomover até o consultório dentário- donde usufruiriam do quê de melhor nossa classe pode lhes fornecer- até só poderem ser atendidos nas modestas condições de equipamentos e profissionais das casas de repouso, levando a diversos tipos de atendimento para diferentes tipos de pacientes, acabando por criar uma impossibilidade de se estabelecer critérios rígidos de definição e atuação, que torna inviável o termo "prótese para 3ª idade" como sendo algo totalmente dissociado do quê se conhecia por prótese até então^{4,9,13}.

Toda este questionamento é irrelevante: não existe prótese para 3ª idade e sim, próteses -como as conhecemos para qualquer faixa etária- para serem aplicadas em indivíduos idosos, com condições sistêmico-social-financeira- de locomoção diversas das que tínhamos até a meia idade. Este novo paciente - onde os hormônios, fármacos ingeridos, os filhos/netos e o funcionamento de suas casas têm que ser analisados- exigirá um grupo de conhecimentos dos profissionais a que eles se dedicam um abrangente leque de informações humanitárias , muito mais que técnicas^{2,3,7,9,10,12}.

O fator mais crítico, na parte operacional da prótese para idosos, é a higienização dos trabalhos a serem realizados e manutenção dos já existentes. Diversos autores atestam o aumento do número de cáries de raiz em idosos^{7,10,13} e um dos componentes deste mal, além de uma dieta cariogênica e a xerostomia induzida por fármacos, é a higienização incompleta da cavidade bucal e dos dispositivos protéticos- desde uma simples coroa até próteses totais ou implantadas. O controle intransigente da placa bacteriana, por todos os meios existentes- escovas. fios dentais, escovas interdentais, passadores de fio dental, (nos casos de colaboração efetiva do paciente) somados a massageadores, palitos com flúor, bochechos, jatos de água intermitentes, colaboração de familiares e pessoal de enfermagem -para os pacientes com deficiências motoras, deve ser o motivo principal da atividade do profissional para estas faixas etárias, sempre lembrando que o acesso à eles deve ser diferenciado em relação aos de meia-idade e mais jovens, criando meios

de motivação e colaboração já que uma vez quebrando antigos dogmas com relação à saúde bucal, se tornam indivíduos bastante motivados^{4,7,9,10,13}.

Deve-se destacar a importância de motivá-los contra o uso de uma dieta cariogênica, que é geralmente a preferencial desta faixa etária. Doces, biscoitos, bolos, que são facilmente mastigáveis, devem ser trocados por verduras, carnes magras e frutas, visando a adequar seu sistema mastigatório para a reabilitação parcial ou total que está sendo realizada. Mais uma vez a integração com os médicos, familiares e pessoal auxiliar é fundamental^{1,2,5,14,15}.

Plano de tratamento

Um dos pontos mais críticos no tratamento protético do idoso é a correta avaliação das variáveis que envolvem o plano de tratamento que podem ser: mudanças orais relacionadas à idade; presença e extensão de doenças existentes; estado da dentição e critérios mastigatórios para este indivíduo; função das glândulas salivares-maiores e menores; necessidades estéticas –pessoais, familiares- sociais e de trabalho; eliminação da dor e infecção; estudo profundo das limitações e potencial iatrogênico do tratamento dentário presente e daquele a ser proposto; saúde sistêmica e condição funcional (podem impedir determinados procedimentos cirúrgicos prévios-que poderão assim mudar planejamentos); fármacos indicados por médicos e por auto-medicação ingeridos pelo paciente (que podem causar xerostomia, comprometendo funcionalmente o desempenho de próteses totais, overdentures e removíveis); destreza manual, movimentação e condição neuromuscular (que pode dificultar a limpeza dos dentes suportes e próteses, e se torna um fator simplificador no planejamento ou até impeditivo da confecção de próteses para determinado paciente), condição cognitiva (fundamental para compreensão da filosofia preventiva e cooperação ao tratamento proposto); expectativa de vida (ainda que aumentada daqui por diante, deve-se ponderar quantos anos poderiam restar ao paciente frente às diversas intervenções de uma técnica de implantes, por exemplo); aspecto financeiro (planejamento dentro das condições econômicas do paciente, considerando a expectativa de vida dele versus o sacrifício dos procedimentos a serem propostos); atitudes e crenças do paciente/padrão de uso dos serviços odontológicos (intimamente ligados já que não haverá sucesso em qualquer procedimento sem um paciente cooperativo - não esquecer o enfoque geralmente negativista do idoso - não é uma questão de poder financeiro: sem ajuda diária do paciente (e sua família), nenhum trabalho vai ser bem sucedido); envolvimento psicossocial (o paciente idoso deve ser sempre visto como um todo-físico, mental e social); qualidade de vida (objetivo maior de qualquer terapia: simplicidade e eficiência para o paciente, com grande comodidade, apenas visando a lhe propiciar o melhor); acesso à odontologia/reembolsos (com o crescimento dos convênios e seguros-saúde, os planejamentos devem procurar unir, com simplicidade e funcionalidade, a capacidade de pagamento com as expectativas econômicas dos profissionais) e capacitações dos profissionais (que podem ser clínicos gerais treinados para o atendimento de idosos)^{3,6,8,10,12,14,15}.

Pela abrangência e complexidade do tema, ainda que tecnicamente afeito às capacidades dos clínicos gerais, entendemos que o arcabouço de julgamentos e análises gerais sobre o paciente deve prevalecer sobre a pura realização dos trabalhos, resumindo: o importante NÃO É propor implantes, e sim o paciente PODER recebê-los após uma análise **profunda** do significado desta proposição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIANCARELLI.A. Dietas para o idoso, Folha São Paulo, n.25568,4/4/1999,p.3.9
2. BRUNETTI,R.F.;MONTENEGRO,F.L.B.;MANETTA,C.E.Odontologia geriátrica no Brasil:uma realidade para o novo século,Atual.Geriatria,v.3,n. 15.p.26-29,Mar. 1998
3. BRUNETTI,R.F.;MONTENEGRO,F.L.B.,MANETTA,C.E.Funções do sistema mastigatório: importância em geriatria,Atual.Geriatria,v.3,n.16, p.6-9, Abril 1998
4. JEMT.T. Implant treatment in elderly patients.Int.J.Prosthod. v.6,n.5,p.456-460,1993
5. KAMEN.S. Basics of geriatric dentistry.Douglas Fogerty & Assoc.,Iowa City, 1981
6. KINA,S.,BELOTI,A.. Alterações da sensibilidade gustativa no idoso,Atual.Geriatria,v.3,n.18,p.20-22, Agosto 1998.
7. MANETTA,C.E.,BRUNETTI,R.F.,MONTENEGRO,F.L.B.-Interações entre a medicina e a odontologia-parte I , Atual.Geriatria,v.3,n.19,p.5-9,Outubro 1998.
8. MEDEIROS,S.L.- Práticas terapêuticas usadas por idosos-parte I,Gerontol..v.6,n°.4, p.177-183, Dezembro 1998
9. MONTENEGRO,F.L.B.,BRUNETTI,R.F.;MANETTA.C.E. Aspectos psicológicos no tratamento do paciente odontogeriátrico.Atual.Geriatria,v.3.n.17,p.6-10,Junho 1998.
10. MONTENEGRO,F.L.B.,BRUNETTI,R.F.,MANETTA,C.E. Interações entre a medicina e a odontologia-parte II , Atual.Geriatria,v.3,n.20,p.5- 12,Dezembro 1998.
11. ONU-Organização das Nações Unidas, The state of world population-the new generations,United Nations Population Fund, September 1998.
12. OURIQUE,S.A.M.,MONTENEGRO,F.L.B. Considerações sobre interferências subjetivas em odontologia geriátrica. Rev.Pau.Odontol.v.20,n.4,p.41-44,Set/Out 1998.
13. SHAY,K. Prosthodontic considerations for the older patient.Dent.Clin.North Am.. v.41 ,n.4, p.817-843, October 1997
14. TRUHLAR,R.S.,CASINO,A.J.-Treatment planning of the elderly implant patient. Dent.Clin.North Am.. v.41,n.4,p.847-861,October 1997.
15. WERNER,C.W.,SAUNDERS,M.J.,PAUNOVICH,E.,YEH,C.K.,Odontologia geriátrica, Rev.F.O.Lins,v.11,n.1, p.62-70,Jan/Jun 1998.