

MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE GERIÁTRICO PELA INTEGRAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Fernando Luiz Brunetti Montenegro(*)
Ruy Fonseca Brunetti(**)
Leonardo Marchini(***)
Sérgio Augusto Morey Ourique(****)**

“Artigo que deu origem ao Capítulo 20 do livro”Odontogeriatría-Noções de Interesse Clínico “de Brunetti & Montenegro, Artes Médicas, 2002 “

**Palavras-chave: Geriatria, Gerontologia, Odontogeriatría
Key words: Geriatrics, Gerontology, Geriatric Dentistry**

RESUMO

Os autores procuram fazer uma análise dos diversos fatores que interagem no relacionamento interdisciplinar que o tratamento do paciente idoso exige para que seja realizado dentro do padrão esperado, com colocações voltadas para a odontologia, medicações ingeridas pelos pacientes, interação entre os diversos sistemas orgânicos dos pacientes e outros pontos de interesse.

INTRODUÇÃO

Um paciente geriátrico é um ser complexo e suas queixas devem ser analisadas na profundidade clínica e teórica que forem apresentadas. Muitos trabalhos procuram mostrar que esta complexidade só poderia ser bem atendida pela interdisciplinariedade dos profissionais envolvidos: médicos (gerais, especialistas e geriatras), enfermagem (padrão e auxiliares), psicólogos-psiquiatras, fisiatras, foniatras, fisioterapeutas, fonoterapeutas e os cirurgiões dentistas^{3,10,19}.

Estes últimos profissionais, que já nas décadas de 50 à 90 do século passado, procuraram esta integração através da Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e das Disfunções das Articulação Temporomandibular, encontram na Odontogeriatría, mais um ponto de aproximação com um único objetivo de melhorar a condição de vida dos pacientes desta faixa etária^{1,9,10}.

A par dos diversos envolvimento físicos e mentais da 3ª idade, na área odontológica, os sinais deste avanço dos anos é sentido na forma de dentes com menor eficiência de corte e maior propensão às cáries de raiz (5 vezes mais que noutras faixas etárias e crescente com o passar dos anos) e certas alterações na gustação^{16,17}.

Clinicamente, os profissionais de saúde podem observar, com frequência razoável, a presença de mau hálito (sem motivos gastrointestinais), dentes com mobilidade (devido à doença periodontal), sangramento gengival (início da doença que afeta as estruturas de suporte dos dentes), próteses-parciais ou totais mal-adaptadas ou mesmo com necessidade de realização, problemas de ATM (decorrência de diversos problemas bucais durante a vida e não uma consequência da idade), certas dores musculares no pescoço, ombros e estalos no ouvido- onde a perda de dimensão vertical da face está presente (proporção do terço inferior da face em relação aos superiores) e presença de problemas gastrointestinais (causados por incorreta umectação e preparo do bolo alimentar- por problemas salivares e de presença/estado ou ausência dos dentes)^{2,15,18}.

Aos profissionais com maior preocupação psicológica (uma real necessidade nesta faixa etária) pode-se creditar certos estados depressivos à sua aparência estética- face e boca, à sua eficiência/seletividade mastigatória- não consegue cortar/mastigar como antes, também retraindo suas saídas de casa e optando por poucos alimentos que leva a faltar em determinados eventos sociais; pelos fármacos que ingere: os indicados e os de auto-medicação, e também por sinais/sintomas que ele observa em si mesmo e julga como inevitáveis da idade em que se encontra^{4,13,21}.

A IDADE NO SISTEMA MASTIGATÓRIO

Muitos dogmas errados foram difundidos ao longo dos séculos sobre os dentes e a idade avançada e talvez o mais crítico seja que o paciente idoso VAI perder os dentes ou seja “os dentes não duram a vida toda”, até a sustentação da teoria de infecção focal, na qual todos os dentes deveriam ser removidos sem qualquer consideração sobre a mutilação causada, tanto em nível local como na questão psicológica da velhice “inevitável”.

Neste início de século é bom salientar que não há sustentação científica para estas colocações populares, mas que de tão arraigadas no nosso povo acabam até por “contaminar” os profissionais de saúde, que da própria sociedade emergem. Os cirurgiões-dentistas já vêm com este “background” de suas famílias, mas a formação universitária acaba por modificar este “input social”, trazendo-o para bases mais científicas, mas somos só 180.000 profissionais e é impossível mudar um pensamento sem a colaboração de todos os envolvidos no atendimento aos idosos, incluindo aí a indústria e o governo^{11,21}.

A diferença entre os dentes dos homens pré-históricos e os atuais é o desgaste de sua camada de esmalte: nossos ancestrais mastigavam alimentos muito menos trabalhados (e por isto mais resistentes) que acabavam por desgastar as pontas (cúspides) de seus dentes. Na atualidade, devido ao cozimento/industrialização dos nutrientes, são bastante encontráveis dentes com boa capacidade de maceração/corte aos 80/90 anos de idade, já que foram poupados de um desgaste como havia ocorrido nos idos tempos de nossa civilização; assim sendo os dentes duram, com boa eficiência, por toda a vida das pessoas¹⁵.

Porém o preço da civilidade é alto na MANUTENÇÃO no estado de saúde destes elementos. Esta menor resistência dos alimentos, com o passar dos anos, acabou por criar a necessidade de uma limpeza adequada dos dentes, já que a auto-limpeza feita pelos

alimentos deixou de existir- com a mesma constância(a cada refeição) no mundo atual e a expectativa é de ser cada vez menos empregada. Esta auto-limpeza ineficiente acaba por obrigar ao uso CORRETO das escovas de dente, mudando as informações recebidas da família,que tinham boas intenções mas careciam de objetividade técnica e bons resultados clínicos^{6,20}.

Uma classe profissional, a dos cirurgiões dentistas, se concentrou neste tópico e durante o século passado estudou como realizar esta limpeza de modo eficiente:motivação dos pacientes com explicações /folhetos adequados, escovas macias, uso do fio dental e meios auxiliares como os suportes de fio dental e escovas interdentais são os resultados de muitos anos de pesquisas,transmitidas aos profissionais desde fins da década de 60^{6,20}.

Dentes com uma higienização incorreta acabam agregando indutos calcificados(os cálculos e/ou “tártaros”) que levam dano à gengiva marginal(gengivite) e seguindo neste acúmulo ,ao longo dos meses,levam ao comprometimento das estruturas de suporte do dente(periodontite),gerando sua mobilidade do dente e a posterior perda do elemento dentário.

Esta perda do dente é normalmente enfocada como uma decorrência da idade(como explicar que pessoas com 20/30 anos perdem dentes por periodontite?) ou até uma *fatalidade do destino* (“Meus pais e avós perderam os dentes,eu também vou perder,é uma sina da minha família”). Estes conceitos é que precisam ser modificados: a genética existe é claro, mas não é por ela que alguém vai FATALMENTE perder os dentes e sim por uma vida de descuidos e desinformação sobre a atenção que se deva ter com os dentes^{6,20}.

Também os dentes ,em suas corretas posições nos arcos(quando perdemos um dente os vizinhos e opostos procuram fechar o espaço do dente perdido,mas não de uma forma adequada) ajudam em manter a estética facial,pois mantém as proporções do terço inferior da face- a chamada dimensão vertical-,evitando aqueles nefastos aspectos de “boca murcha” que vemos nos idosos que perderam todos os dentes⁴.

A perda de dimensão vertical-que também ocorre com dentes na boca- tem consequências na articulação temporomandibular(ATM) ,que procura se adaptar à esta alteração facial,mas que muitas vezes leva à sintomatologias dolorosas na musculatura da face.

Um simples dente perdido pode detonar este processo,por isto a luta deve ser por manter o dente na boca,com forma adequada,contatos com vizinhos e antagonicos esperados, já que a musculatura da face está intimamente ligada à do pescoço e ombros(por estiramento) e não esquecer a proximidade da Articulação Temporomandibular à cavidade auricular,podendo esta disfunção articular ser o fator detonador da Síndrome de Costen,por exemplo.

Como se vê, o dente faz parte de um conjunto muito amplo :o sistema mastigatório onde o importante preparo do bolo alimentar é um fator fundamental para evitar problemas gástricos bem como uma melhor absorção dos nutrientes e que podem ser prejudicados por dentes com mobilidade ou com muitos espaços vazios e desta forma mais uma especialidade médica que necessita dos dentes se apresenta.Uma alimentação pobre causa problemas em outros órgãos ,obrigando outros especialistas a intervir.

Mais medicamentos são indicados para o idoso e estes vão influir,por seus efeitos colaterais, no fluxo salivar,fazendo com que o indivíduo deixe de usar suas próteses, que lhe garantiriam melhor eficiência mastigatória ao ingerir alimentos com melhores nutrientes, que terão de ser trocados por alimentos mais pastosos, que irão agravar sua condição orgânica-a não ser que esta mudança alimentar fosse conduzida por uma

nutricionista-outro profissional imprescindível no atendimento global do idoso,mas que nem sempre tem sua importância salientada nos atendimentos fora do âmbito hospitalar.

Um quadro debilitado de saúde física leva a abatimento psicológico e conseqüente depressão(com mais medicamentos ingeridos e efeitos colaterais na cavidade bucal) e aí mais profissionais adentram ao tratamento. Pena que tudo possa ter começado por dentes inadvertida e prematuramente extraídos^{4,19,21}.

Todos nós,profissionais de saúde, somos importantes no tratamento do idoso,é preciso apenas que reconheçamos o papel de cada um no restabelecimento da normalidade corpórea destes indivíduos e procuremos causar menos prejuízos aos demais componentes da equipe interdisciplinar que irá atendê-los.

Buscar conscientizar todos os membros de uma equipe interdisciplinar da manutenção da integridade funcional do Sistema Mastigatório e de suas profundas implicações no todo da saúde dos pacientes é um papel que muito bem cabe ao Cirurgião Dentista preparado e consciente de sua atuação em prol do bem estar dos pacientes idosos.

PONTOS OBJETIVOS DESTA INTEGRAÇÃO

CRIAÇÃO DE UM PRONTUÁRIO UNIFICADO DOS IDOSOS

Um dos pontos mais críticos é a ausência de um prontuário único dos pacientes, especialmente fora do ambiente hospitalar e das equipes interdisciplinares .Apesar de ser um sonho de toda a área de saúde, geralmente a troca de informações só é obtida se procuramos falar com cada um dos especialistas envolvidos. Só que os idosos,conforme pesquisa feita nos hospitais de grande circulação de SP, têm, e, média, 4 a 5 diagnósticos diferentes. Isto significa, visita 4 a 5 profissionais e toma medicamentos para cada uma destas condições clínicas e a maioria deles têm efeitos colaterais na cavidade bucal ,com as conseqüências sistêmicas já pontuadas anteriormente.

Na objetividade da vida nas grandes cidades, isto é uma meta muitas vezes difícil de suplantar,exatamente por isto pacientes com problemas de saúde deveriam ter um cadastro -o chamado prontuário- para que pudessem levar aos demais profissionais. Existem dados que são íntimos e sigilosos e que deveriam ser mantidos em fichas de cada profissional, mas dados de interesse comum à área de saúde como doenças que apresenta e medicamentos que ingere,deveriam ser compartilhados por todos que atendem aos idosos.

Os cirurgiões-dentistas devem realizar uma anamnese detalhada antes de intervirem nos pacientes,mas não podemos esquecer que sem este prontuário único, só saberemos os dados que os pacientes QUEIRAM nos contar e as omissões ou esquecimentos podem comprometer inclusive sua integridade física quando de atos mais invasivos,característicos de problemas odontológicos em idades mais avançadas.

O uso de computador ou máquinas de escrever ajuda a suplantar as barreiras da caligrafia entre profissionais. Cada um continuaria tendo seus próprios cadastros, apenas neste prontuário comum seriam colocadas patologias existentes e fármacos(posologias) e medidas tomadas. Sua privacidade estaria preservada, apenas os demais poderiam saber o quê tem o paciente e que medicamentos ingere ou ingeriu.

É algo que acontece nos pacientes cadastrados em hospitais, mas não entre consultórios particulares ou de convênios médicos e odontológicos, uma vez que grande parte dos idosos não está internada em hospitais.

Um cadastro comum evitaria perguntas repetidas sobre moradia, idade, trabalho, histórico médico, odontológico, familiar, medicamentoso que citadas para 5-8 profissionais diferentes acabam por gerar fonte inesgotável para omissões e esquecimentos.

O PORQUÊ DESTA PREOCUPAÇÃO

Ao longo dos últimos anos os autores têm atendido muitos pacientes idosos onde o que acontece com os trabalhos protéticos instalados neles fogem ao explicável pela Odontologia. Os motivos, que nos levaram a ler cada dia mais as literaturas médicas, são as drogas indicadas para as diversas patologias (mais de 150) que podem afetar as pessoas idosas^{9,10}.

Mesmo antes de colocarmos próteses somos obrigados a anestésias, tratamentos de gengiva, cirurgias bucais diversas, tratamentos endodônticos, cujos resultados podem ser afetados por um desconhecimento da real condição de saúde geral do paciente até com comprometimento de vida para eles.

Por exemplo, as próteses parciais removíveis mais extensas e as próteses totais (“dentaduras”) dependem muito da presença de uma camada de saliva sob suas bases, que irá ajudar na sua retenção e estabilidade em função. Mas muitas drogas causam uma diminuição do fluxo salivar (até esperada pela idade, mas aumentado pelos fármacos ingeridos) como as furosemidas e hidroclorotiazidas (diuréticos), vasodilatadores (como os inibidores de angiotensina, bloqueadores de cálcio, anti-anginais, beta bloqueadores e glicosídeos), os anti-inflamatórios não esteróides, os ansiolíticos (diazepam, alprazolam), os sedativos e os anti-depressivos, muitos de uso bastante comum entre os idosos^{7,12,14}.

Um prótese destas, com menor adaptação (menos saliva) irá traumatizar os tecidos de suporte, ainda mais se o paciente estiver ingerindo drogas que induzem à formação de ulcerações nos tecidos moles, como por exemplo os que usam a triamterena, a nifedipina, o propranolol, o ibuprofeno e a warfarina, só para citar alguns¹⁴.

Para que um profissional da saúde não causasse estes prejuízos é preciso um profundo conhecimento destes pontos das bulas: reações adversas, contraindicações, interações com outras drogas (geralmente o idoso ingere diversos medicamentos) e destas extrair quais os efeitos bucais que causam. Entendemos que muitos profissionais fazem esta análise, mas como o número de fármacos existente em nosso país é imenso, é quase impossível dominar estes pontos que muitas vezes sequer são detalhados nos Vademecum e DEFs entregues à classe médica (e quase nunca para a odontológica) e só são especificados detalhadamente nas bulas dos próprios fármacos (ou no Compêndio Médico-Dicionário Brasileiro de Medicamentos) e, se mesmo assim não for possível indicar produtos sem este efeito colateral, a opção seria usar saliva artificial, que pode ser indicada pelo CD do paciente ou aqueles profissionais ligados ao Setor de Medicina Bucal de hospitais^{5,7,8}.

SANGRAMENTO GENGIVAL

O sangramento gengival-induzido por fármacos- é um outro ponto que gostaríamos de discutir. Como explicado anteriormente, da saúde da gengiva vem a saúde do dente,dos dentes,do sistema mastigatório e do próprio organismo.

Muitas drogas,como por exemplo os inibidores da angiotensina,a warfarina,o dipiridamol, o estrógeno-só para citar alguns- têm como consequências bucais o aumento do sangramento gengival^{9,10,14}.

Por mais que não queiramos, o paciente ao ver que sua gengiva sangra-por uma reação normal da natureza humana- deixa de escová-la corretamente e aí os restos alimentares vão ficar retidos e causar os problemas gengivais/periodontais falados antes. Perceber que uma simples indicação destes fármacos pode levar,em última análise, à uma perda dos dentes e todas as consequências-até as psicológicas e sociais- citadas acima é dever de todos os profissionais de saúde que atendem ao idoso.^{19,21}

Da mesma forma que as drogas que causam xerostomia parcial ou total, as drogas que levam a sangramento gengival devem ser do conhecimento dos médicos e serem substituídas por outras do mesmo grupo ativo,mas que não causassem este efeito adverso na boca^{9,14}.

Entendemos que nem sempre isto é possível fazer-pois até dentro do grupo todos os fármacos existentes causam este efeito, mas a leitura de literatura concernente poderá indicar os “menos danosos” e com isto poder ajudar aos profissionais se cuidarão da reabilitação deste indivíduo¹⁴.

PACIENTES COM DIFICULDADE MOTORA

Muitas doenças, como os AVCs,doença de Alzheimer,as artrites ,o mal de Parkinson causam dificuldades motoras graves que podem impedir uma correta limpeza dos dentes que é a base de uma boa saúde bucal^{5,9,10}.

Como isto vai ocorrer e muitas vezes o CD nem será informado é importante que o corpo médico,além dos fisioterapeutas, alertem os familiares e o pessoal de enfermagem dos pacientes para como cuidar TAMBÉM de sua boca.

Além dos meios citados antes para limpeza teremos de lançar mão de outros como as escovas elétricas, escovas com enpunhadura aumentada, jatos de água intermitentes,bochechos com antisépticos e anti-formadores de placa bacteriana e restrição de dieta com potencial cariogenico para níveis os mais baixos possíveis e treinamento do pessoal auxiliar (Cuidadores) que for trocado pelos responsáveis pelo paciente,além dos familiares, são alguns dos pontos que podem ser ajudados por um cirurgião dentista qualificado^{6,9,10,20}

PACIENTES SUJEITOS À TERAPIAS PARA CANCER

Ainda nas décadas medianas do século passado era proposta a remoção dos dentes(todos) antes de terapias com radiação para atacar o cancer de cabeça e pescoço.

Felizmente o tempo mostrou o quanto esta opção radical e mutiladora- na mastigação, auto-estima e no convívio social, estava errada.

Como se tem procurado mostrar neste trabalho, os dentes têm importância vital no todo do sistema mastigatório e no caso de terapias para cancer devem ser removidas aquelas peças dentais que se mostrem como focos de infecção não tratáveis por técnicas odontológicas existentes e sob a orientação de CD qualificado.

A manutenção do maior número de dentes possível deve ser o desiderato funcional e social do oncologista consciente (ou de um cirurgião-dentista ligado à sua equipe) com as sequelas psicológicas que uma boca totalmente desdentada pode ter no recém-tratado paciente^{7,9,10}.

Mesmo com o avanço das terapias para cancer no bem estar dos pacientes, um fato comum é a perda de peso. Isto, na cavidade bucal, significa uma diminuição de volume no contorno dos tecidos de revestimento, com a consequente perda de adaptação das próteses totais/removíveis extensas, sendo que o mesmo ocorre em estados debilitadores orgânicos de outras origens; nestes casos, no primeiro momento, os pacientes não deveriam usar suas próteses ou restringindo ao máximo seu uso, para não levar à traumas mecânicos nos dentes de suporte ou tecidos moles. Após obtida a estabilização do peso e este sendo diferente do inicial, deve-se pedir para os pacientes colocarem novas bases ou refazer suas próteses antigas^{7,16}.

CONCLUSÃO

Muito deve ser feito para buscar este entrosamento do pessoal envolvido no atendimento dos idosos e entendê-los como seres que precisam de integração social completa ajuda bastante nas terapias e apoio que possamos dar. Os autores deste trabalho nem de longe pretenderam ditar normas ou propor procedimentos a quem quer que fosse e sim apenas colocar certos pontos constantes na literatura consultada e que foram aglutinados para formar uma linha de atendimento comum entre os diversos profissionais de saúde. A permanente comunicação entre profissionais da área de saúde que atendem idosos deve ser cada vez mais estimulada para o um maior benefício a esta crescente faixa das populações.

(*) Mestre e Doutor pela FOUSP, Coordenador Curso Especialização em Odontogeriatría da ABENO-SP, Atualização em Gerontologia pela FMUSP

() Doutor pela FMUSP, Prof. Emérito UNESP, Consultor em Odontogeriatría**

(*) Mestre pela UNESP-SJC/Doutorando pelo ICB/USP, Prof. Curso Especialização Odontogeriatría ABENO-SP**

(**) Especialista em Prótese Dentária e Mestre pela UNIP/SP, PhD pela AWU**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENITEZ,S. Uma velhice mais saudável, *Atual.Geriatria*,v.3,n.19,p.20-22,Out 1998.
2. BIANCARELLI,A.Dieta diferenciada para idosos,Folha São Paulo,n.25.568,p.3/9, 04/04/1999
3. BRUNETTI,R.F.;MONTENEGRO,F.L.B.;MANETTA,C.E. Odontogeriatria no Brasil:uma realidade para o novo século.*Atual.Geriatria*,v.3,n.15,p.26-29,Mar.1998.
4. BRUNETTI,R.F.,MONTENEGRO,F.L.B.;MANETTA,C.E.Funcões do sistema mastigatório e suas implicações no paciente geriátrico.*Atual.Geriatria*,v.3.n.16,p.6-9, Abril 1998.
5. CORAZZA,S.B. Aproximando-se à doença de Alzheimer,*Atual.Geriatria*,v.3,n.19,p.33-36,Outubro1998.
6. ERICKSON,L. Oral health prevention to older adults,*Dent.Clin.North Am.* v.41,n.4, p.727-750,Oct.1997.
7. FERRONI,M.Usos de drogas afeta saúde do idoso,Folha São Paulo, n.25767, p.1.16,20/10/1999.
8. FOX,P.C. Management of dry mouth,*Dent.Clin.North Am.*v.41,n.4,p.863-875,Oct1997
9. 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.
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. MONTENEGRO,F.L.B.,BRUNETTI,R.F.MANETTA,C.E. Aspectos psicológicos no tratamento do paciente odontogeriátrico,v.3,p.17,p.6-10,Junho 1998
12. OSTERBERG,T,LANDAHL,S. Salivary flow,saliva and pH in 70 year-old men and women, *J.Oral Rehab.* V.11,n.6,p.157-170,Nov.1984
13. OURIQUE,S.A.M.,MONTENEGRO,F.L.B. Considerações sobre um caso clínico de odontogeriatria,*Rev .Paul.Odontol.* v.10,n.4,p.41-44,Set/Out 1998.
14. PAUNOVICH,E.D,SADOWSKY,J.M.Most indicated medications for the elderly,*Dent.Clin.North Am.*v.41,n.4,p.699-726,Oct.1997.
15. SAUNDERS,M.J.Nutrition and oral health in the elderly,*Dent.Clin.North Am.* v.41,n.4,p.681-698,Oct.1997.
16. SHAY,K. Root caries in the older patient,*Dent.Clin.North Am.* v.41,n.4,p.763-793,Oct.1997.
17. SILVA NETTO,C.R. Sensibilidade gustativa:fisiologia e fisiopatologia,São Paulo, Editora Sarvier,p.37-41,1997.
18. SOUZA,C.P.,TAMAKI,R.Implicações do uso de prótese total na geriatria, *Rev.Odontol.Brasil Cent.* V.6,n.19,p.29-31,Set.1998.
19. WARREN,K.L.Increasing access to dental care for older patients:a challenge, *J.Can.Dent.Assoc.*v.23,n.12,p.248-249,Nov.Dez.1982.
20. WENNSTRON,J.L.Treatment of periodontal disease in older adults, *Period.*2000,v.16,n.1,p.106-112,Jan.1998.
21. WOLF,S.M.R. Significado psicológico das perda dos dentes em idosos, *Rev.Assoc.Paul.Cirurg.Dent.*v.52,n.4,p.307-318, Jul/Ago 1