

SAÚDE BUCAL- INFORMAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE E CUIDADORES- PARTE 2

Fernando Luiz Brunetti Montenegro

Mestre em Clínicas pela FOUSP, Doutor em Prótese Dentária pela FOUSP, Coordenador Cursos Especialização em Odontogeriatrics na NAP Instituto e ABO-SP

Leonardo Marchini

Mestre em Odontologia pela UNESP, Doutor em Ciências pela USP, Professor Assistente do Department of Preventive and Community Dentistry, University of Iowa College of Dentistry and Dental Clinics

“ Publicado versão integral no PROGER, Ciclo 2, Vol 1, Porto Alegre: Editora Artmed, 2016, p.99-150, ISBN 978-85-8322-745-8 “

Palavras-Chave: Gerontologia, Saúde Geral, Odontogeriatrics, Saúde Bucal, Prevenção

RESUMO :

Os autores buscam discutir os muitos impactos da condição bucal na saúde sistêmica dos idosos, discorrem sobre a identificação dos problemas bucais em idosos e apresentam as normas UGOLI para cuidados bucais em instituições de longa permanência e explicam como melhorar, na prática, a saúde bucal dos idosos vivendo em diversos níveis de dependência.

IMPACTOS DA SAÚDE BUCAL NA SAÚDE SISTÊMICA EM PACIENTES IDOSOS

Além das implicações odontológicas em diversos pontos da saúde geral, devemos considerar num enfoque gerontológico amplo outras interrelações da saúde bucal com saúde geral.

Aparência, Inserção Social e Retorno ao Trabalho

De uma aposentadoria de " pijama em casa" almejada durante os anos de trabalho, a realidade econômica em nosso país tem obrigado a todas as pessoas buscarem trabalho mesmo após a aposentadoria, pois os gastos com contas públicas, remédios e planos de saúde aumentam numa porcentagem muito maior que nossas poucas aposentadorias podem suportar, por isto muitos

idosos têm buscado o mercado de trabalho formal e informal para complementarem suas aposentadorias e manterem suas casas num quantum mínimo de habitabilidade.

Um grande problema é que os idosos são invadidos diuturnamente (televisão, rádio, jornais e telefone/internet) pelas propagandas sobre empréstimos consignados (com prestações retiradas direto de sua aposentadoria). A questão é que seus filhos ou netos os induzem a pegar estes valores no nome deles e assim isto gera obrigações financeiras (numa época que não eram para ter mais) e parentes que não honram com seus compromissos (e assim mais estresses no dia-a-dia) e isto vai comprometer o nome do idoso na praça o quê poderá grande desgosto e chance de depressão, face a uma dívida praticamente incobrável, já que filho ou neto pode estar desempregado nestes dias e voltou a morar com ele e a esposa, para também cortarem custos.

Ele pode não contrair estes empréstimos, mas pode precisar ter de ir ao mercado de trabalho para buscar um complemento de ganhos, mas suas qualificações atuais não se adequam mais a um informatizado e ágil mercado, sendo de uma impessoalidade gritante onde pode ter de buscar cargos bem inferiores aos que tivera outrora.

E um destes empregos, pode ser oferecido por nós em nossas clínicas, onde nosso vigia diurno saiu e precisamos repor com brevidade esta posição, em nome de uma segurança que se faz cada vez maior em nossas vidas.

Façamos um reflexão honesta : se tivéssemos de contratar um idoso como vigia diurno em nossa clínica por quem optaríamos (após empate técnico em entrevista, CV e indicações): aquele com dentes ou próteses em bom estado - logo uma aparência visual melhor ou aquele com diversos dentes cariados ou faltantes, próteses ruins /quebradas ou desdentado em um ou 2 arcos, com uma dimensão vertical da face diminuída, mau hálito e com " dentes sujos" num sorriso?

A única diferença dos candidatos é a visual, mas, em nome de sua clínica, de seus pacientes, de sua "preocupação com a saúde das pessoas" o candidato de dentes em bom estado bucal não será o escolhido?

Não restaria ao idoso com dentes/próteses ruins/desdentado empregos de menor envolvimento social como vigia noturno ou fiscal de pátio à noite , de menor remuneração, de menor contato com outras pessoas? Mas nós estamos precisando de um profissional menos " adequado" destes agora ?

O critério visual não pode ser determinante nestas posições? E não é pela boca em bom estado que o primeiro foi contratado, mas ambos precisavam deste ganho extra nesta fase da vida?

Este que não conseguiu o emprego, além de poder se iniciar numa depressão, terá sido alertado que o motivo do não aceite teria sido este (até para que ele comece a pensar em se cuidar também)?

Será que estando nesta condição econômica terá onde fazer um tratamento dentário adequado, para voltar a ficar "competitivo" no mercado de trabalho.

Será que este idoso saberia que existem Faculdades de Odontologia, Entidades de Classe e Associações de Dentistas onde poderia procurar atendimento a preços mais adequados à sua realidade?

Ele saberia que em alguns poucos Centros de Especialidades Odontológica ou mesmo Postos de saúde pública poderia conseguir atendimentos clínicos gratuitos que melhorariam sua condição bucal?

Mas será que ele saberia que é a sua condição bucal que o está impedindo de conseguir o que precisa? Não seria, por acaso, que tanto ele como a esposa e familiares vão se "acostumando" a esta lenta mudança visual bucal e acham que isto é o "normal da idade" e que não trará outros comprometimentos, como estamos vendo acima.?

Além de conseguir emprego, ter um trabalho traz ganhos à vida, pois voltaremos a ter uma rotina, um motivo para acordar todos os dias, e um certo orgulho perante os outros idosos que "continuam de pijama". E Este trabalhar pode ser até na Instituição de Longa permanência na portaria, cozinha, transporte, compras. O realmente importante é se sentir útil.

Estes autores trazem na memória o caso do Sr. José Messias, idoso de 84 anos, que está cego há mais 15 anos e mora numa ILIP pública. Ele até hoje continua fazendo lindos trabalhos manuais- (Bolsas, bandejas, etc. baseados em jornal dobrado e colado.) que depois são vendidos em bazares ou por seus familiares, garantindo a cobertura de suas necessidades de vida além do que a ILIP lhe fornece. O mais importante não é só o ganho financeiro e sim, mesmo cego, se sentir com projetos para aquele dia e os outros por vir. Ele recebeu próteses bucais novas do Setor Odontológico da ILIP e por isto podia ter uma dieta diferenciada, especialmente vegetais e legumes mais consistentes, o que ajudava seu sistema mastigatório, alegou-nos ele, depois do uso por 15 dias de seus novos trabalhos dentários.

Ter bons dentes ou próteses com boa aparência pode ajudar nesta empregabilidade, mas também pode ajudar a idosa numa atividade comunitária ou religiosa, numa ONG, num voluntariado hospitalar, no trabalho em um supermercado ou escola, gerando um bom entrosamento social da pessoa, fazendo com que se sinta mais útil nesta fase da vida, quando seus filhos já não estão mais morando em sua casa.

Este desenvolvimento de atividades- inclusive as físicas para dar tonicidade muscular e preparo físico voltado à sua faixa etária- são extremamente válidas, somadas às práticas como ir aos bancos, buscar entender de aplicações financeiras, ajudar o marido no planejamento e pagamento das despesas mensais e diárias, domínio de computadores e internet, tudo isto cria um arcabouço de atividades que a ajudará a se adequar melhor aos novos tempos quando o marido já não estiver mais frente à casa e à sua vida.

Manter as viagens imaginadas pelo casal durante a vida também são válidas para a viúva recente, pois assim cumprirá os planos de vida que haviam feito um dia, ajudando a manter-se íntegra e feliz. Em todas, sua boa aparência (inclusive odontológica) é fundamental para se integrar às comunidades onde estiver, desde seu grupo de viagens, como nas casas de parentes que vier a visitar nesta fase da vida.

Dentes sadios e eficientes e o status nutricional

Brunetti, Montenegro(2002) em seu livro pioneiro de Odontogeriatrics no Brasil, já salientavam a profunda interdependência entre uma boa condição dentária e salivar para poder o idoso ingerir os melhores nutrientes de uma dieta, bem como aquelas que beneficiarão seu sistema digestivo, geralmente um sistema bem afetado nesta fase da vida e para o qual muitos medicamentos são dados e que acabam agindo nas melhores condições bucais do paciente, em particular no seu fluxo salivar.

Lembramos aqui que a saliva possuem diversos componentes que fazem um pré-tratamento do bolo alimentar o preparando para ter melhor trânsito pelo sistema digestivo. São eles a mucina, amilases, proteases, DNAses e RNAses, que estão presentes numa saliva de fluxo normal. Somado a água secretada pela saliva elas umectam e ajudam a formatar os alimentos e estes componentes já facilitam as ações que serão depois complementadas no sistema digestivo.

Mas a saliva ainda atua na remineralização do esmalte, na lubrificação das mucosas bucais, no seu reparo, numa ação antimicrobiana para manter a população bacteriana normal sobre controle, e através dos bicarbonatos, fosfatos e histatinas funciona como um elemento-tampão de diversas reações químicas que ocorrem no ambiente bucal e com isto sua existência em volume e conteúdo é fundamental a um meio bucal sadio.

A película de saliva que fica entre as bases das próteses e a mucosa é a peça principal da retenção das próteses em posição durante a mastigação e a fala, fazendo com que desempenhem sua função adequadamente. Mas o grande inimigo de um fluxo natural de saliva não é a idade do paciente e sim os crescente número de medicamentos que vai ingerindo com o passar dos anos. A maioria dos medicamentos ingeridos por idosos(70%) geram perdas no fluxo salivar que podem fazer com as próteses que possuem não mais fiquem mantidas em posição.

Mas isto não parece ser considerado pela grande maioria dos médicos que indica medicamentos para os males apresentados pelos pacientes em sua especialidade, mas não analisam o conjunto dos medicamentos já ingeridos por eles hoje, aumentando ainda mais a diminuição parcial ou total do fluxo salivar naquela pessoa, pois é normal um idoso ingerir de 12 a 20 medicamentos por dia, conforme vai envelhecendo.

A exceção a esta enorme indicação de fármacos parecem ser os bons médicos geriatras, cuja primeira atitude é buscar simplificar o numero de medicamentos ingeridos por dia, pois muitas vezes encontram diversos medicamentos iguais sendo ingeridos pelo mesmo paciente, o que é um total contrasenso. O medico geriatra deve agir com pacientes acamados, pois nestes o número de medicamentos ingeridos é ainda maior que nos idosos mais sadios.

Costuma-se dizer que é normal uma diminuição do fluxo salivar dos idosos, mas tudo deve ser bem analisado, um ponto é a diminuição fisiológica da saliva, pelo simples fato que ele come menos hoje do que quando era jovem, logo precisa de menor fluxo de saliva. Mas esta alteração fisiológica é pouco notável clinicamente pelo dentista ou pelo paciente porque ela ocorre discreta e lentamente.

O grande problema nutricional é que a esta alteração fisiológica da idade e necessidade se soma a diminuição exagerada causada pelos medicamentos e que esta a boca não consegue compensar: mais restos alimentares ficam presos aos dentes (porque quase não existe circulação de saliva), mais lesões/mudanças de tecidos moles ocorrem pela diminuição da salivagem como o líquem plano, a candidíase oral, o mau hálito (déficit na auto limpeza da porção posterior da língua) e diversas doenças fúngicas oportunistas ocorrem especialmente abaixo das bases das próteses) e trauma das bases das próteses à mucosa (numa mastigação normal), pois o coxim dado pela película de saliva acaba e o impacto da mastigação dos alimentos é total na mucosa que pode se ferir bastante.

Mas se o fluxo salivar diminui o paciente deixa de usar uma ou duas das próteses e só aí perde grande potencia mastigatória que o leva a drástica mudança dietética já que não conseguirá ingerir os melhores nutrientes das dietas. Os valores de proteínas, micronutrientes, lipídeos, fibras, carboidratos complexos são muito diminuídos assim como menos água é ingerida, exatamente numa fase da vida onde ela era tão necessária. E estas quedas são ainda maiores nos pacientes acamados.

Um questionário nutricional com análises corpóreas pode ajudar a elucidar as reais perdas de alimentos que estão ocorrendo e aí as reposições devem ser organizadas pelo nutrólogo e/ou nutricionista, assessoras por um médico conhecedor da área e de nutrição na 3ª idade. Não se pode simplesmente ingerir complexos vitamínicos ou de suposta reposição nutricional feita em balcões de farmácia: é preciso um médico geriatra comandando o processo medicamentoso todo, de modo a restabelecer a condição nutricional plena, pois é muito comum os idosos tomarem remédios (por médicos ou por automedicação/balconistas de farmácia) até para proteção estomacal contra os efeitos de outros medicamentos na região mas ambos têm efeitos de diminuição no fluxo salivar.

A correção alimentar consciente, a readequação dos medicamentos ingeridos, o tratamento concomitante dos problemas bucais ocorridos devem todos confluir para o retorno do uso das próteses ou sua confecção para retorno a uma melhor condição nutricional sustentável, checada e controlada por toda a vida do idoso.

Problemas na Articulação Têmporo-Mandibular (ATM)

Uma parte significativa dos idosos usa próteses, mas poucas destas hoje ainda recuperam a sua dimensão vertical de oclusão ("de mordida") como ocorria quando foram instaladas e isto faz com que apareçam aqueles sulcos profundos no rosto e que denotam uma idade maior que possa ter atualmente.

Este fato ocorreu pelo desgaste nos dentes artificiais das próteses (que duram 2-3 anos íntegros, mas permanecem 25-30 anos sem qualquer avaliação do dentista). Esta perda de dimensão da face também ocorre em pacientes dentados que foram perdendo dentes - especialmente os posteriores - ao longo dos anos e não colocaram qualquer prótese para repor a altura que mantinham no segmento posterior da boca quando tinham todos seus dentes.

Esta perda da altura entre arcos não é só visual, internamente, na parte óssea da boca(a mandíbula e a maxila) há uma readequação, uma readaptação a esta nova distância entre os arcos e pode repercutir na ATM dos indivíduos, na forma de dores musculares,já que os músculos que abrem e fecham a boca estão sendo estirados mais que o necessário,pois houve esta alteração da altura entre os arcos.

Este estiramento muscular doloroso, chamado ,num enfoque generalista, de disfunção da ATM, felizmente,segundo Brunetti,Montenegro (2002), é pouco frequente nos idosos, mas ele não pode ser compensado de uma vez só,voltando-se em 6-10 mm para a posição interarcos imaginada como a original daquele paciente, pois todo o sistema muscular de abertura,fechamento e movimentações laterais da mandíbula precisa gradualmente ir sendo repostos na sua altura em incrementos de 1 a 2 mm a cada 15 dias.

Também o uso de placas de mordida, tão úteis no alívio(mas não a cura do problema de fato) dos sintomas de DTM na meia idade,não deve ser estimulado na 3a idade,pois é preciso, em algum momento da vida, se buscar uma real solução dos problemas oclusais e o uso destas placas de mordida apenas adia a solução que deveria ter sido operacionalizada -com todas as implicações de cada caso- há muitos anos atrás.

No ambiente de ILPI ,a existência de pacientes com placas de mordida é muito raro,mas elas devem ser analisadas quanto à necessidade e eficiência nos dias atuais,pois deveriam estar muito desgastadas,especialmente nos segmentos posteriores. Se forem mantidas, devem também serem identificadas com as iniciais do morador.

Importância na prevenção da Endocardite bacteriana

Indivíduos que possuam problemas cardíacos como colapso da válvula mitral e outros de fechamento e vedamento valvular cardíaco inadequado, podem ser acometidos, dentro outras doenças pela endocardite bacteriana que envolve a presença de bactérias da boca que pela corrente sanguínea alcançam as regiões envolvidas do músculo cardíaco e podem gerar quadros clínicos graves até com óbito.

Para tanto as condições da boca ,especialmente do conjunto gengivo-periodontal de proteção e suporte dos dentes devem ser mantidos o mais saudável possível,para evitar,que por meio de inflamações gengivais, bactérias da boca possam chegar até o coração,auxiliando na formação de trombos cardíacos(Escudero(2015) ou inflamando partes deste potente músculo,gerando o quadro grave da endocardite.

A cobertura antibiótica para a realização de procedimentos bucais de cada caso clínico deve ser decidida em comum acordo entre o cardiologista e o cirurgião dentista.

Em ILPI, pacientes com este risco no atendimento odontológico devem ser bem assinalados, com tarjas vermelhas ou amarelas no topo de seus prontuários, para que todos que forem atender a este paciente ,saibam desta importante condição clínica.

Prevenção da reinfeção pulmonar nas pneumonias

Assim como nas demais afecções citadas anteriormente, as atividades odontológicas com certeza colaboram indiretamente, na parte que lhes cabe, na solução global, orgânica, geral da doença observada.

Mas cada dia mais nas afecções pulmonares- e não podemos nos esquecer de um caminho sem volta muito comum o ambiente hospitalar: " paciente idoso deu entrada com fratura de fêmur, fez a cirurgia recuperando a região, ficou acamado por 2 dias, contraiu pneumonia no hospital , foi transferido para a UTI e veio a falecer em mais 4 dias,apesar de todos os esforços realizados na terapia intensiva". Este histórico clínico é um dos mais citados na literatura médica e nos obituários de idosos.Poderia até ser uma fratura mais simples, mas o risco de um pneumonia levar a óbito é bem real, também porque os pacientes se recontaminam pulmonarmente até com respiradores bucais,pois estes adentram ao pulmão pelas via oral.

E para ter este acesso eles passam pela porção posterior da língua, que se torna com o fato de estar acamado, o fato de estar ingerindo altas doses de antibióticos, o fato de ter uma significação redução no fluxo salivar pela alta carga medicamentosa ministrada,o fato de não ter uma atuação preventiva odontológica clara nas UTIs e nos corpos de enfermagem, tudo conflui, como disse EL Sohl(2011) para que a região das papilas gustativas, localizadas na porção bem posterior da língua- só acessível por um instrumento específico chamado de limpador ou raspador lingual(vide figura 11) se torne um verdadeiro criadouro bacteriano pulmonar, formado pela propicia reunião de restos alimentares,falta de saliva,restos celulares da descamação diária da língua e as bactérias pulmonares trazidas pela forte tosse nestas condições clínicas.

É evidente que a o tratamento da pneumonia necessita de alta concentração de seus fármacos específicos, mas associados à eles a chance de recontaminação pulmonar é significativa, por isto Nogueira et al(2015) alertam para uma constante limpeza de próteses e dentes no ambiente das UTIs, com escovas específicas bem lavadas antes do próximo uso, substâncias bactericidas como clorhexidina diariamente(deixando as próteses após limpeza interna e externa efetiva, colocadas num copo por toda a noite) e antifúngicos nos debilitados organicamente que ficarão acamados por longos períodos .



Figura 09-Utilização de escova própria para dentaduras. Em 1, cerdas mais longas, com tufo menor, para limpeza interna. Em 2, cerdas também longas e com tufo mais largo, para limpeza externa. Observe que a limpeza é feita em pia com água. Assim, se a prótese cair durante a escovação, a queda é amortecida pela água, diminuindo a chance de fratura.

Além desta atenção diária e específica às próteses do paciente, seus dentes e a mucosa dos rebordos desdentados devem ser limpas com a máxima atenção, mesmo que a dieta tenha sido por via endovenosa, pois há formação do biofilme bacteriano bucal, mesmo na ausência da ingestão de alimentos sólidos ou pastosos.

A limpeza da porção posterior da língua, afirmam Montenegro, Marchini (2013) é fundamental neste processo de eliminação, dentro do possível, da chance de recontaminação pulmonar pelos conjuntos bacterianos depositados a cada reflexo de tosse na região das papilas gustativas.

COMO IDENTIFICAR PROBLEMAS BUCAIS EM PACIENTES IDOSOS?

Quando se fala da população idosa, como sabemos, não se fala de uma população com características uniformes. Os idosos são assim classificados pela idade cronológica, mas apresentam capacidades funcionais extremamente díspares. Indivíduos com diferentes capacidades funcionais tem necessidades de tratamento e prevenção odontológicas muitas vezes distintas.

Felizmente a maioria dos idosos encontra-se inseridos em suas comunidades e são capazes de realizar suas atividades da vida diária de maneira independente, sem a necessidade de ajuda de qualquer tipo. Esses indivíduos são capazes de fazer sua higiene oral sozinhos adequadamente, bem como estão aptos a buscar auxílio profissional quando apresentam problemas dentários e tomar as decisões pertinentes a este tratamento de modo autônomo.

Uma parcela menor, embora ainda inseridos na comunidade ou vivendo em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), precisam de auxílio para a realização da higiene oral e para buscar tratamento dentário quando necessário. Neste grupo, alguns serão capazes de fazer suas

escolhas de tratamento de modo autônomo e outros precisarão de auxílio para as tomadas de decisão, normalmente por meio de um tutor legal.

Há por fim os idosos dependentes, institucionalizados ou não, que são incapazes de realizar a higiene oral adequadamente e precisam que outras pessoas realizem sua higiene oral diária e providenciem tratamento odontológico adequado quando necessário, tomando as decisões inerentes ao tratamento pelo idoso em questão.

Desta forma, quando se fala sobre a identificação de problemas bucais em pacientes idosos, geralmente isso se aplica aos idosos dos dois últimos grupos da exposição acima, ou seja, idosos parcial ou totalmente dependentes, que precisam de auxílio para higiene oral diária e para buscar tratamento odontológico quando necessário. A identificação de problemas bucais fica mais crítica em idosos do terceiro grupo, totalmente dependentes e muitas vezes com dificuldades severas de comunicação, incapazes de verbalizar suas queixas e necessidades.

Os paciente idosos dependentes precisam de cuidados intensivos, muitas vezes 24 horas por dia, sete dias por semana. Precisam de cuidados para praticamente todas as atividades: ir ao banheiro, tomar banho, trocar de roupa, comer, locomover-se, etc. Some-se a isso a necessidade de realização da rotina de higiene oral, para a qual poucos cuidadores tiveram treinamento, e pode se ter uma ideia da dimensão do problema.

Além dessa diversidade em termos de independência e estado de saúde sistêmica, há ainda enorme variabilidade no que concerne ao estado de saúde oral: pacientes desdentados totais com ou sem dentaduras, desdentados parciais com e sem próteses, pacientes com próteses sobre implantes, pacientes com infecções periodontais, pacientes portadores de próteses fixas extensas, entre inúmeras outras possibilidades e combinações. Cada uma destas situações envolve um plano de higiene oral diferente, muitas vezes envolvendo inclusive materiais diferentes.

Apesar da importância da higiene oral para prevenção de problemas orais e sistêmicos importantes, bem como para manutenção da autoestima e participação social, a higiene oral inadequada é onipresente em ILPIs no mundo todo e as tentativas de implantar sistemas adequados de manutenção dos cuidados orais tem encontrado um grande número de barreiras que impedem seu desenvolvimento adequado. As barreiras mais comumente relatadas são demasiada carga de trabalho, com conseqüente ausência de tempo para realização das rotinas de higiene oral, falta de treinamento e conhecimento dos cuidadores sobre saúde odontológica, higiene oral não é vista como prioridade pela administração, residentes apresentando comportamento agressivo, atitude negativa em relação à cavidade bucal, entre muitos outros (de Visschere et al., 2015).

No Brasil, a presença do dentista nas ILPIs é restrita às chamadas emergenciais, com poucas exceções. Quando o dentista está presente, os idosos que ingressam na ILPI recebem um exame odontológico inicial e um plano individualizado para o restabelecimento e/ou manutenção da saúde oral, a ser seguido pela equipe de cuidadores, a qual recebe do dentista treinamentos periódicos sobre como manter uma rotina adequada de higiene oral para os residentes. Para cada paciente, um esquema de avaliações periódicas é elaborado, e o paciente realiza um exame oral a cada 3, 4, 6 ou 12 meses, dependendo do seu estado de saúde bucal. Durante os exames

periódicos, o dentista faz anotações sobre a necessidade de manter ou aprimorar a higiene oral que são repassados à equipe de enfermagem. Na eventual saída do paciente da ILPI, o dentista realiza também um exame final, verificando as condições de saúde bucal ao término da estadia do paciente naquela ILPI.

Em algumas ILPIs, o dentista pode também fazer tratamentos de emergência ou mesmo eletivos, dependendo dos equipamentos disponíveis e do acesso financeiro que os pacientes apresentam.

No entanto, profissionais da área de saúde tem remuneração alta, e o custo para manter um idoso institucionalizado já é bastante elevado. Embora ideal, manter um dentista em cada ILPI soa bastante irreal para a realidade atual da maioria das ILPIs brasileiras. No entanto, toda ILPI deveria ao menos ter um dentista cadastrado como contato para eventuais emergências odontológicas e, de modo imperativo, ter um plano para manutenção da rotina de higiene oral a ser seguido pelos cuidadores e verificado periodicamente pela pessoa responsável pelos cuidados de enfermagem.

Há um protocolo interessante para a avaliação dental de pacientes institucionalizados por cuidadores, chamado OGOLI (*Oral health care Guideline for Older people in Long-term care Institutions*). O OGOLI foi elaborado em 2011, baseado na melhor evidência científica disponível até então, e conta com 16 recomendações aos cuidadores, que estão transcritas abaixo (de Visschere et al., 2011).

1. Oferecer cuidado bucal sistematicamente pra melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.
2. Nos dentados, especialmente nos que utilizam próteses removíveis (parciais ou totais), buscar prevenir a colonização da mucosa bucal e das próteses por *Candida sp.* ou tratar a infecção mediante cuidado bucal sistemático.
3. Proporcionar cuidado bucal pelo menos uma vez ao dia, para prevenir infecções a distância, como pneumonia por aspiração.
4. Usar escova elétrica pode contribuir substancialmente para uma boa saúde bucal.
5. Limpar próteses removíveis (parciais ou totais) quando o idoso for dormir e guardá-las a seco durante o sono.
6. Exames odontológicos devem ser feitos a cada seis meses para os pacientes dentados.
7. Exames odontológicos devem ser feitos anualmente para os pacientes desdentados.
8. Nos casos em que o idoso demonstrar ou parecer demonstrar (por meios não-verbais) sinais de dor na região da boca, tentar examinar a boca e/ou próteses do idoso e consultar um dentista. Manifestações não verbais de dor orofacial podem incluir comportamento alterado, perda de apetite e perda de peso.
9. Nos casos em que o idoso apresentar mau-hálito frequentemente, consultar um dentista.
10. Nos casos em que o idoso se queixar de sensação de boca seca, consultar um dentista.
11. Procure saber os possíveis efeitos colaterais bucais das drogas prescritas.
12. Nos casos em que o idoso se queixar sobre o apresentar lesões da mucosa bucal relacionadas ou não às próteses, consultar um dentista.

13. No caso do idoso apresentar um repentino aumento do número de cáries, consultar um dentista, e solicitar a prescrição de solução a base de fluoreto de sódio (0,01 a 0,025%) para uso diários ou a 0,1%, semanalmente.
14. No caso de qualquer suspeita de lesão em dentes durante os cuidados bucais, consultar um dentista.
15. No caso de ser impossível realizar a higiene oral em um idoso dentado devido problemas físicos e/ou comportamentais, aplicar gel de clorhexidina a 1% diariamente ou a 0,5% duas vezes ao dia, para prevenir a doença periodontal. A clorhexidina deve ser prescrita por um dentista ou geriatra.
16. No caso de ser impossível realizar a higiene oral em um idoso dentado por tempo indeterminado, utilizar solução ou spray de clorhexidina a 0,12%, diariamente. Se a utilização da solução ou spray não for mais possível, aplicar gel de clorhexidina a 1% diariamente usando embrocação com gaze. A clorhexidina deve ser prescrita por um dentista ou geriatra.

A aplicação de um protocolo de cuidados e higiene oral como o recomendado acima pode ser bastante útil para manutenção da saúde oral de pacientes idosos institucionalizados, bem como para identificação de problemas orais. O treinamento da equipe de enfermagem para aplicação do protocolo por um cirurgião-dentista é desejável, para dirimir eventuais dúvidas e fazer demonstrações.

A identificação precoce de alterações bucais é muito importante para a prevenção do agravamento do problema e redução de suas sequelas, o que é mais evidente no caso do câncer de boca. Assim, é desejável que os cuidadores tenham algum treinamento para identificar alterações bucais. Quando o paciente relatar queixas de dor na região da boca, estas devem ser investigadas e um dentista deve ser consultado. No entanto, é comum pacientes institucionalizados demonstrarem sinais de dor na região orofacial de forma não-verbal. Essas manifestações não-verbais podem ocorrer na forma de alterações de comportamento (principalmente aqueles afeitos aos atos que envolvem a função oral, como falar, comer, deglutir), perda de apetite com conseqüente perda de peso, levar as mãos à boca ou ao rosto com frequência, apertar os dentes e recusar-se a realização da higiene oral. Outras alterações de comportamento podem ocorrer, pois a reação ao desconforto pode ocorrer em diferentes apresentações. Deste modo, o cuidador, que normalmente conhece os hábitos do paciente, deve estar atento às mudanças de hábitos que possam estar relacionadas a alterações bucais.

Além da observação dos sintomas e de mudanças comportamentais relacionadas à alterações bucais, é importante que os cuidadores estejam atentos aos sinais que estas alterações podem acarretar, tais como: mau-hálito, mudanças de cor ou textura na mucosa bucal e nos lábios (como manchas brancas, vermelhas, negras, etc.), alteração da simetria facial (inchaços no rosto), fratura de dentes e restaurações, surgimento de cavidades nos dentes, crescimento de tecido ao redor de dentes, próteses ou mucosa (hiperplasias), entre outros. Quando um sinal como esses for identificado, consultar um dentista é a melhor forma de prevenir problemas futuros.

COMO MELHORAR A SAÚDE BUCAL DE PACIENTES IDOSOS?

A melhora da saúde bucal entre as populações idosas é um objetivo a ser alcançado, uma vez que melhor saúde bucal significa melhor saúde sistêmica e mais qualidade de vida. Há evidência científica abundante demonstrando os benefícios de melhorar diversos aspectos da saúde bucal em diversas populações idosas.

Existem poucos dados epidemiológicos de base nacional sobre a saúde bucal da população idosa brasileira, mas dados coletados em diferentes regiões apontam para muitas necessidades não atendidas. Além disso, é razoável assumir que as necessidades regionais podem apresentar diferenças importantes, devido às disparidades regionais relativas à economia e educação que são fatores classicamente relacionados à saúde bucal.

Considerando esse panorama, passos iniciais importantes para promover a melhora dos parâmetros de saúde bucal da população idosa brasileira seriam: 1) aumentar o acesso à informação sobre mecanismos adequados para prevenção das patologias orais mais prevalentes e aos meios para a realização das medidas preventivas; 2) facilitar o acesso ao tratamento odontológico adequado à faixa etária.

No entanto, é importante lembrar que as populações idosas são muito distintas entre si e que meios adequados para melhorar a saúde bucal de um grupo de idosos que participa de atividades sociais e recreativas em um centro comunitário são significativamente diferentes daqueles meios a serem empregados para obter o mesmo objetivo entre idosos residentes em uma ILPI.

Entre idosos independentes, aumentar o acesso à informação sobre mecanismos adequados para prevenção das patologias orais mais prevalentes pode incluir campanhas publicitárias de âmbito municipal, estadual e federal, especificamente voltadas para esse público, com elementos ligados à vida cotidiana dos indivíduos desta faixa etária. Estas campanhas publicitárias deveriam focar em na prevenção da cárie, com especial ênfase na escovação e uso de flúor; da doença periodontal, com especial ênfase na escovação e visitas frequentes ao dentista; e do câncer de boca, focada no autoexame e visitas ao dentista, independente da presença ou não de dentes. Embora algumas louváveis iniciativas sejam observadas ocasionalmente, é evidente que não há um esforço coordenado em nenhum dos três níveis administrativos que caminhe firmemente neste sentido. Desta forma, fica ainda mais reforçada a importância dos profissionais de saúde educarem os pacientes individualmente ou em pequenos grupos. Palestras em grupos da terceira

idade, faculdades da terceira idade, centros comunitários, etc. também podem auxiliar no esforço preventivo.

As medidas preventivas mais comuns para o grupo de idosos independentes é:

1. Escovar os dentes após as refeições, por pelo menos dois minutos, limpando todas as superfícies dos dentes (por fora, por dentro e por cima). A escovação mais importante é a noturna, pois durante a noite a salivação diminui e o efeito protetor da saliva é menor. Toda escovação deve ser feita com pasta fluoretada;
2. Usar o fio dental antes de cada escovação. Na impossibilidade de usar o fio a cada escovação, usar o fio pelo menos uma vez por dia, antes da escovação noturna;
3. Para que os que possuem dentes naturais (não importa quantos) ou próteses fixas sobre dentes naturais, o bochecho diário com solução de flúor a 0,05% auxilia no combate à cárie;
4. Para os pacientes que possuem pontes móveis: os dentes devem ser escovados SEM as próteses, após cada refeição e as próteses também (usando escova própria para próteses. A escova própria para próteses tem cerdas mais longas, que alcançam as regiões mais profundas das próteses, nas quais a escova dental não consegue chegar por ter as cerdas mais curtas);
5. Para os pacientes desdentados: a mucosa e as próteses devem ser higienizadas após cada refeição. As próteses devem ser escovadas usando escova própria para dentadura e a mucosa deve ser limpa usando uma gaze umedecida enrolada no dedo. A noite as próteses devem ser removidas, escovadas e mantidas em um lugar apropriado, imersas em água limpa.
6. Pacientes com boca seca devem procurar a causa do problema e tentar resolvê-lo (as vezes com a substituição de medicamentos). Se isso não for possível, a utilização de substitutos salivares ou a ingestão frequente de água devem ser considerados.

Ainda entre idosos independentes, proporcionar os meios para a realização das medidas preventivas significa, basicamente, garantir que todos possam ter escova de dentes, fio dental, pasta de dentes e escovas próprias para a limpeza de dentaduras e pontes móveis. Embora pareça básico e simples, muitas residências não possuem poder aquisitivo para adquirir os elementos básicos de higiene oral e muitas famílias compartilham esses utensílios. Com o aumento da rede de suporte social e crescimento da economia, houve melhora neste quesito, mas a recente desaceleração econômica e consequente redução dos benefícios sociais pode trazer risco aos recentes avanços. Ações locais, com a doação de utensílios para higiene oral são bem-vindos em comunidades mais carentes. Muitas vezes, a simples inclusão da equipe odontológica nestas ações coletivas é suficiente para estender esse benefício à comunidade atendida.

Continuando entre idosos independentes, facilitar o acesso ao tratamento odontológico adequado à faixa etária significa basicamente ter um dentista acessível aos idosos da população, tanto do ponto de vista do acesso físico (proximidade, transporte, etc.), financeiro (tratamento particular, por meio de convênios ou público) e do nível de especialização do atendimento (especialista ou clínico geral). Cada um desses aspectos desempenha um papel com pesos diferentes no acesso da população ao cuidado odontológico, dependendo do tipo de tratamento necessário, complexidade

do quadro médico, interação com outros profissionais de saúde, e fatores relacionados à localização e características socioeconômicas e culturais de cada comunidade. Devido a esse fato, facilitar o acesso ao tratamento odontológico adequado à faixa etária é algo que irá colher melhores resultados se planejado localmente.

Já entre idosos dependentes e/ou institucionalizados, aumentar o acesso à informação sobre mecanismos adequados para prevenção das patologias orais mais prevalentes está relacionado não apenas à educação do idoso, mas de sua família, tutor legal e cuidadores. Envolve portanto, um grupo muito mais amplo e mais diverso, que tem diferentes visões e interesses em relação ao cuidado preventivo.

A introdução da Odontologia preventiva como tópico obrigatório nos cursos de formação de cuidadores e enfermeiros é fundamental para que a rotina de higiene oral seja vista como parte dos cuidados prioritários. Se a Odontologia preventiva é vista como um apêndice durante a sua formação, é bastante provável que estes profissionais vejam a realização da rotina de higiene oral como um apêndice durante a prática profissional. Além da introdução desta disciplina no currículo dos profissionais a serem formados, é igualmente importante que a mesma disciplina seja ensinada aos profissionais já formados, mediante palestras realizadas no local ou em cursos de atualização e aperfeiçoamento. No entanto, estudos recentes têm demonstrado que cursos teórico-práticos de treinamento para saúde oral para os cuidadores em ILPI tem apenas um efeito de curto prazo na melhora dos parâmetros de saúde bucal dos residentes. Após algumas semanas, os hábitos voltam aos parâmetros pré-treinamento, demonstrando a importância de haver treinamento frequente, que envolva as particularidades de cada ILPI (Weening-Verbree et al., 2013), e também vigilância constante quanto à realização da higiene oral. Mais importante, no entanto é introduzir a Odontologia preventiva como disciplina curricular durante a formação dos cuidadores, para que os procedimentos relacionados à saúde oral estejam ligados à formação básica do profissional.

A rotina de higiene oral adequada para idosos dependentes é fundamental para prevenir problemas odontológicos, mas principalmente para prevenir que a má higiene oral seja responsável por problemas muito mais graves. O exemplo mais importante é a pneumonia por aspiração, uma das causas de morte mais comum entre idosos institucionalizados, cuja prevenção está relacionada à melhora da higiene oral (Tada, Miura, 2012).

Noções básicas de uma rotina adequada de saúde oral para os idosos dependentes depende de uma série de fatores, como o grau de dependência, o comportamento em relação à realização da higiene oral e as condições orais. De uma maneira geral, deve-se tentar realizar o seguinte, para o paciente totalmente dependente para a higiene oral:

1. Escovar os dentes ao menos uma vez por dia, por pelo menos dois minutos, limpando todas as superfícies dos dentes (por fora, por dentro e por cima). A escovação deve ser feita preferencialmente a noite, antes de deitar, pois durante a noite a salivagem diminui e o efeito protetor da saliva é menor. Toda escovação deve ser feita com pasta fluoretada. O uso de escova elétrica pode ser bastante útil, se o paciente não ficar agitado com o movimento do aparelho;

2. Para que os que possuem dentes naturais (não importa quantos) ou próteses fixas sobre dentes naturais, a embrocção de gaze embebida em solução de flúor a 0,05% auxilia no combate à cárie;
3. Para os pacientes que possuem pontes móveis: os dentes devem ser escovados SEM as próteses, uma vez por dia, e as próteses TAMBÉM (usando escova própria para próteses, que tem cerdas mais longas e alcança as regiões mais profundas das próteses);
4. Para os pacientes desdentados: a mucosa e as próteses devem ser higienizadas pelo menos uma vez por dia. As próteses devem ser escovadas usando escova própria para dentadura e a mucosa deve ser limpa usando uma gaze umedecida enrolada no dedo. A noite as próteses devem ser removidas, escovadas e mantidas em um lugar apropriado, imersas em água limpa.



Figura 10- Dentaduras com higiene inadequada em paciente institucionalizado. Observe o acúmulo de restos alimentares e bactéria na superfície que fica em contato com a mucosa oral.

Para pacientes muito combativos, vale lembrar os itens 15 e 16 do OGOLI, apresentado acima:

15. No caso de ser impossível realizar a higiene oral em um idoso dentado devido problemas físicos e/ou comportamentais, aplicar gel de clorhexidina a 1% diariamente ou a 0,5% duas vezes ao dia, para prevenir a doença periodontal. A clorhexidina deve ser prescrita por um dentista ou geriatra.

16. No caso de ser impossível realizar a higiene oral em um idoso dentado por tempo indeterminado, utilizar solução ou spray de clorhexidina a 0,12%, diariamente. Se a utilização da solução ou spray não for mais possível, aplicar gel de clorhexidina a 1% diariamente usando embrocção com gaze. A clorhexidina deve ser prescrita por um dentista ou geriatra.

Novamente entre idosos dependentes, proporcionar os meios para a realização das medidas preventivas está mais relacionado a prover aos cuidadores os materiais necessários para a realização da higiene oral, que nesse caso envolvem múltiplos produtos e pode ser mais

dispendioso. Produtos próprios para esse fim são muitas vezes feitos em farmácias de manipulação (como os géis de clorhexidina) ou são importados (como alguns substitutos salivares).

Mais uma vez entre idosos dependentes, facilitar o acesso ao tratamento odontológico adequado à faixa etária significa ter um dentista que visite a ILPI, ou a residência do paciente no caso dos pacientes dependentes que permanecem em suas casas. A presença de um dentista em ILPIs ou realizando atendimento domiciliar para idosos dependentes ainda não é algo comum no Brasil. Além disso, o atendimento domiciliar é dependente de equipamento especial, móvel, que tem um custo elevado. Adicionalmente, o tempo gasto na locomoção do profissional até o local do atendimento também acrescenta custo ao tratamento. Algumas ILPI mantêm um consultório odontológico em suas dependências, nos quais dentistas ou alunos de Odontologia atendem como voluntários.

Embora a situação ideal seria ter um dentista para cada ILPI, com o equipamento necessário para prover atendimento *in loco*, essa não é uma realidade crível do ponto de vista financeiro para grande parte das ILPIs. Assim, seria interessante que cada ILPI tivesse pelo menos um dentista local cadastrado para fazer atendimentos de emergência, um exame oral anual para cada residente e um treinamento anual para a equipe de cuidadores, como parte dos requisitos básicos de funcionamento.

CONCLUSÕES

Esperamos que ao final deste artigo os leitores possam ter tido uma noção mais precisa das áreas de interrelação entre a saúde bucal e a saúde geral, inclusive na prevenção de diversas doenças com viés gerontológico claro.

Especialmente em Casas de Repouso (as chamadas ILPI) ; com idosos acamados ; com idosos com pneumonia e de idosos em UTIs , devemos ser extremamente cautelosos e criteriosos na aplicação dos ensinamentos aqui debatidos das normas UGOLI

É evidente que todo caso clínico com idosos tem particularidades específicas à sua condição de saúde geral e por isto sugere-se a participação de um odontogeriatra no intuito de individualizar as atitudes para aquele determinado caso e para isto foram mostrados casos e situações claras desta convergência de ações e esperamos possamos estar lhes ajudando em como melhor atender seus parentes/pacientes idosos nestes importantes aspectos odontológicos e suas interrelações com a saúde geral . Mais informes podem ser obtidos nos sites citados depois das referências bibliográficas, bem como na leitura da parte 1 deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS INTEGRADAS (parte 1 e parte 2)

1. Jacob Filho W.Terapêutica do Idoso,São Paulo, Fundo Edit BYK,2003,288 p.
2. Miranda AF,Montenegro FLB et al. O papel da odontogeriatra no atendimento domiciliar amplo.Rev ABO nac.Dec 2014,11(45):12-4.

3. El-Solh AA. Association between pneumonia and oral care in nursing home residents. *Lung* 2011 Jun;189(3):173-80.
4. Desvarieux M, Demmer RT, Rundek T, Boden-Albala B, Jacobs DR Jr, Sacco RL, Papapanou PN. Periodontal microbiota and carotid intima-media thickness: the oral infections and vascular disease epidemiology study. *Circulation* Feb 2005;111(5):576-82.
5. Dufty W. *Sugar blues*. Padnon, Chilton Book Co., 1975, 255 p.
6. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo, Edit. Artes Médicas, 2002, 490 p.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Condições de saúde bucal da população brasileira em 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Montenegro FLB, Marchini L. *Odontogeriatrics: uma visão gerontológica*. São Paulo, Editora Elsevier, 2013, 360 p.
9. Gil-Montoya JA, de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging*. 2015 Feb 11;10:461-7.
10. Machado MCM, Marchini L. Edentulismo no Brasil e no mundo. In: Cunha VPP, Marchini L. *Prótese total contemporânea na reabilitação bucal*, São Paulo: Santos, 2014.
11. Montero PH, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015 Jul;24(3):491-508.
12. Gluzman R, Katz RV, Frey BJ, McGowan R. Prevention of root caries: a literature review of primary and secondary preventive agents. *Spec Care Dentist*. 2013 May-Jun;33(3):133-40.
13. Choi HM, Han K, Park YG, Park JB. Associations among oral hygiene behavior and hypertension prevalence and control: The 2008 to 2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol*. 2015 Jul;86(7):866-73.
14. Agnihotri R, Gaur S. Implications of tobacco smoking on the oral health of older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2014 Jul;14(3):526-40.
15. Escudero E. Problemas bucais prejudicam o coração. *Med Social* Abr-Jun 2015;31(229):10-11.
16. Nogueira EB, Cortines AAO, Daher A, Costa LR. Higiene oral e pneumonia em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. *Rev assoc paul cirurg dent* Jul Mar 2015;69(1):14-9.
17. de Visschere L, de Baat C, De Meyer L, van der Putten GJ, Peeters B, Söderfelt B, Vanobbergen J. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*. 2015 Jun;32(2):115-22.
18. de Visschere LM, van der Putten GJ, Vanobbergen JN, Schols JM, de Baat C, Dutch Association of Nursing Home Physicians. An oral health care guideline for institutionalised older people. *Gerodontology*. 2011 Dec;28(4):307-10.
19. Weening-Verbree L, Huisman-de Waal G, van Dusseldorp L, van Achterberg T, Schoonhoven L. Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *Int J Nurs Stud*. 2013 Apr;50(4):569-82.
20. Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Jul-Aug;55(1):16-21.

Sites científicos gratuitos para maiores estudos sobre os assuntos aqui citados:

www.odontogeriatrya.dr.odo.br

www.portaldoenvelhecimento.org.br

www.jornaldosite.com.br

www.wwow.com.br

www.pubsau.de.com.br

www.cristinafogaca.com