

SAÚDE BUCAL- INFORMAÇÕES À EQUIPE DE SAÚDE E CUIDADORES- PARTE 1

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 analisar as diversas implicações odontológicas nos vários ambientes com idosos, apresentam um caso clinico de conotações multidisciplinares, se propõem a romper antigos paradigmas sobre a odontologia arraigados na população mundial, bem como discorrem sobre a epidemiologia e etiologia dos problemas bucais numa forma a esclarecer todos os leitores interessados nesta importante temática.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, com o conhecimento que se tem do processo do envelhecimento, é vital termos uma visão ampla, a chamada gerontológica, de tudo que envolve, especialmente em saúde, o estado atual e o futuro saudável projetado para aquele dado indivíduo idoso.

Podemos dizer que é muito inadequado atualmente pensar em cada área em separado quando as diversas áreas de saúde de uma pessoa estão intimamente interligadas entre si e que para cada falha em um órgão causa interferência nos outros imediatamente na sua sequência, mas

também é válido considerar interferências em outros órgãos e estruturas distantes da região inicial "com problemas".

Num organismo complexo como o humano com muitas estruturas internas, que vem sobrevivendo juntas há 60-70-80 anos, há uma profunda ligação entre os órgãos tanto no aspecto físico como no psicológico e inclusive no social, pois o ser humano deve interagir com os seus vizinhos, parentes, amigos, amigos da família, colegas(ou ex-colegas) de trabalho e de atividades esportivas pois tudo isto o manterá estimulado e vivendo com qualidade de vida em suas maiores plenitudes físicas e mentais.

Mas quando um idoso fica adoentado, sua reserva funcional já diminuída, segundo Jacob Filho(2003) é colocada em prova e para isto todo seu corpo e órgãos precisam estar lutando, em sua maior funcionalidade, para trazer o indivíduo de volta à saúde plena.

Neste sentido, a cavidade bucal com suas diversas estruturas, participa ativamente, direta e indiretamente no controle do diabetes, da hipertensão, do ganho de peso e saúde por uma ingestão de melhores nutrientes, de prevenção primordial na reinfecção pulmonar nos casos das preocupantes pneumonias, do alerta de um excesso de medicamentos ingeridos, na prevenção secundária de infecções nos transplantados, no auxílio a problemas cardíacos diversos, na reintegração social de um idoso que precisa voltar a trabalhar(num mundo de grandes dificuldades financeiras como o atual) com um ganho estético que lhe permitirá novos contatos de trabalho e até de relacionamentos afetivos com tudo isto colaborando no imprescindível resgate de sua autoestima, ponto fundamental para sair da autocomiseração(muito comum na terceira idade) e poder caminhar para uma vida saudável e dignificante nestes próximos anos de vida.

Além disto, mesmo no ambiente domiciliar, hospitalar e/ou institucional, especialmente com os idosos acamados, os cuidados odontológicos preventivos e interventivos têm papel de destaque na melhora dos casos, como bem salientam Miranda, Montenegro(2014)

Mas as possibilidades de ajuda odontológica nestes quadros doentes ou mesmo na 3ª Idade saudável é pouco salientada nos dias atuais, mesmo dentre os demais profissionais de saúde, por isto a existência de um livro como este de agora, se torna mais um local para buscarmos esta troca de informações apenas com uma única finalidade: a melhora na condição de vidas de nossos idosos.

Vejam abaixo na Figura 1 esta boca de um idoso institucionalizado, parcialmente dentado, mas cuja vermelhidão das gengivas e este imenso acúmulo dos alimentos só nos faz crer num possível desdentado funcional.



Figura 1- Caso Clínico de envolvimento multidisciplinar em Instituição de longa permanência

Estas gengivas inflamadas fizeram com que seu controle de diabetes ficasse impossível de realizar, pois mesmo com dieta e medicamentos, seus valores estavam avantajados constantemente. E é porque existe uma inflamação significativa neste indivíduo, que por sua área -todos os dentes comprometidos- acabou por interferir no seu controle glicêmico, pois seus exames laboratoriais sempre sinalizavam como que "uma inflamação" no corpo.

Mas sua boca não foi sequer analisada com este enfoque de "ponto de contaminação".

Também sua língua, com tantos restos de alimentos sobre suas papilas gustativas(estão na porção posterior da língua e são responsáveis por se sentir o paladar do que ingere) faziam com que ele não sentisse o "gosto dos alimentos" e por isto exagerasse nas quantidades de sal nas suas refeições- apesar de ter sido alertado para restrição de sódio na dieta por sua hipertensão- e para que pudesse ter um mínimo de sensação de gosto, já era um volume significativo de sal que colocava nos alimentos. O idoso acima também exagerava no uso de açúcar pelo mesmo motivo(falta de percepção precisa do gosto dos alimentos)e ambos os excessos contribuíam significativamente- eram 5 refeições por dia onde morava- para o descontrole observado nestas 2 doenças de grande incidência na 3a idade .

Resumidamente, diabetes e hipertensão estavam descontroladas também por motivos oriundos da boca.

Outra constatação de seus cuidadores era que ele sempre estava tossindo, com sinal de "pulmão congestionado" e que havia sido várias vezes internado por pneumonia em hospitais próximos. O motivo era a enorme quantidade de bactérias que ficavam retidas , a cada reflexo de tosse, na sua porção posterior da língua, que segundo El-Solh(2011) tornam esta região um enorme criadouro para as bactérias bucais do mau hálito(outra queixa de seus vizinhos de quarto,gerando isolamento social) e das pulmonares, gerando assim, como este conceituado pneumologista disse , um "palco realmente propício para as reinfecções pulmonares" .

Assim problemas pulmonares causados por problemas de limpeza bucal ineficiente(pior ainda seria se este paciente usasse próteses totais,que tão mal cuidadas assim se tornariam um criadouro ainda maior de bactérias pulmonares lesivas).

Mas este paciente, de 78 anos, leucoderma, sofria de problemas cardíacos constantes e um destes o levou a um conceituado hospital publico para cardíacos. A equipe odontológica deste local entrevistou prontamente.graças à análise bucal feita pelo cardiologista e ele acabou por realizar sua

necessária cirurgia de pontes mamárias face aos graves entupimentos que possuía. Quando os segmentos dos trombos foram analisados pelos cardiologistas, se encontrou uma presença de inúmeras bactérias bucais- que só poderiam ter chegado a este trombo pela via sanguínea , penetrando na corrente através das gengivas extremamente inflamadas deste senhor, ou seja, um órgão distante da boca foi envolvido por problemas nela ocorridos(Desvarieux et al.(2005).é importante salientar que as bactérias bucais lá encontradas não são as causadoras principais dos trombos observados, mas, com certeza, engrossavam o conjunto tamponador observado microscopicamente, numa porcentagem acima de 12 % . do total bacteriano encontrado.

Então num mesmo indivíduo idoso,as 4 grandes patologias passíveis de o levar a óbito estavam presentes. Mas se pode verificar que diabetes,hipertensão, pneumonia e entupimento cardíaco estavam intimamente envolvidas com a sua situação bucal crítica.Ainda com o envolvimento de um intenso mau hálito que o privava de um convívio social adequado ,algo tão importante nesta fase da vida, especialmente no tipo de instituição onde vivia,pois era segregado até por seus colegas de quarto na hora das refeições e mesmo durante seus momentos de lazer com os demais institucionalizados.

E para estas afecções ele ingeria mais de 15 medicamentos por dia,que o levaram a uma diminuição significativa do fluxo salivar ,sendo que este colaboraria, ao menos, com uma auto limpeza em sua boca(até seus limites possíveis), o quê também contribuiu para o quadro de acúmulo de grandes restos alimentares nos dentes e por toda a língua e cavidade bucal.Convém salientar que diminuição de fluxo salivar causa maior acúmulo de alimentos nos dentes bem como faz com que as próteses se desprendam mais facilmente, já que perdem a película de saliva que ajudava na sua retenção em posição na boca. Sem prótese, muda o padrão alimentar, a dieta se torna pobre e mais fluída,implicando em sua saúde geral especialmente na parte muscular da ingestão de alimentos pela garganta(deglutição) muito afetada nos pacientes acamados por longo tempo.

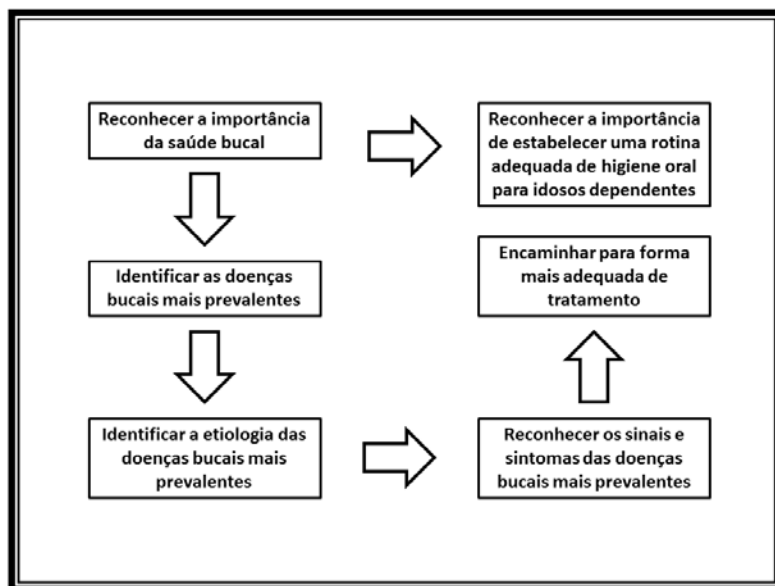
Todos os profissionais que frequentam instituições de longa permanência,especialmente as mais carentes,onde não existem dentistas que dela participem, sabem que ,muitas vezes, quadros odontológicos são relegados a um segundo plano,exatamente por não ter a quem indicar para a melhora de uma situação clínica avançada na área.

O mais importante nesta história deste crítico paciente de 78 anos é que uma vez o dentista conhecedor agindo desde o hospital cardiológico,somado ao conjunto multidisciplinar de cuidados de saúde- especialmente pela redução e nova esquematização do quadro medicamentoso ingerido diariamente pelo médico geriatra preocupado, levou, num prazo máximo de 45 dias após retornar da cirurgia cardíaca, a uma melhora significativa de sua condição de saúde geral,pois diversos fatores indutores de problemas de saúde do idoso, passando por um cuidado interventivo(remoção de restos e cálculos), e o preventivo(melhora real e ampla da limpeza na cavidade bucal instituída e controlada diariamente pelo corpo de enfermagem) e o retorno ao convívio do idoso em sua comunidade como um agente participante que muito auxiliou na sua recuperação pela vontade de cooperar no controle de seu caso,tanto em aspectos bucais como em doenças que afetavam sua saúde geral.

É evidente a boca deste senhor ainda precisa muito da participação da odontologia reabilitadora para chegar à sua potencialidade de eficiência mastigatória, mas o caso mostrou aos dirigentes da instituição o papel da preocupação odontológica que toda a equipe de saúde deve ter e lhes informo que hoje esta instituição já possui um dentista voluntário semanal, com equipo e materiais clínicos doados por empresas do ramo e próteses necessárias por associação de protéticos da cidade, ajudando a este e outros moradores.

ESQUEMA CONCEITUAL

Este capítulo se propõe a auxiliar profissionais envolvidos na área de Gerontologia a reconhecer a importância da saúde bucal para os pacientes idosos em diversos graus de dependência, para que o profissional possa então: 1) reconhecer a importância de estabelecer uma rotina adequada de higiene oral para idosos dependentes e 2) identificar as doenças bucais mais prevalentes e suas causas. A partir deste conhecimento, o capítulo se propõe então a fornecer mais informações, as quais possibilitarão ao profissional identificar a etiologia das doenças bucais mais prevalentes, reconhecer os sinais e sintomas mais comuns das doenças bucais e encaminhar para a forma mais adequada de tratamento odontológico.



QUADRO 1 --Esquema conceitual do ArtigoI (partes 1 e 2)

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Termos dentes em boa condição- ou próteses bem adaptadas nos rebordos é requisito fundamental para que o paciente possa ingerir uma boa dieta que ajude sua saúde geral.

Mas o quê se vê em muitas casas de repouso pelo país é um total desconhecimento do papel dos dentes no bem estar dos idosos e o máximo de odontologia que oferecem é a exodontia("extração") dos dentes ,nem se preocupando com o dano mastigatório ,funcional e à própria saúde geral do indivíduo que lá vive.

O mais crítico é que quando existem familiares próximos estes também desconhecem o papel de dentes e cavidades bucais bem cuidadas na qualidade de vida do idoso e eles próprios acabam optando pela via da " extração dentária",isto quando são instados a participar.

Isto se deve a um total desconhecimento populacional sobre a importância dos dentes e isto é algo já de muitos séculos atrás,um "dogma social" que para ser quebrado precisa de muitas informações realmente verdadeiras e científicas serem compartilhadas entre as pessoas.

Para tanto é preciso salientar que um dente não é uma estrutura do corpo que dura só 50-60-70-80 e poucos anos e que será "inevitável" se perder os dentes e que "não se pode mudar este quadro" por ser uma "*determinação orgânica imutável*". Que se minha mãe e minha avó tiveram determinado problema bucal, como uma "*espada*" ele cairá na minha vida .Diversos estudiosos de nossa área mostram que não existe este "*determinismo genético de problemas bucais*" serem passados inevitavelmente para os jovens de hoje através das gerações.

O que existe são séculos de desinformação e credices com relação aos dentes que leva a este terrível quadro de 60% dos idosos brasileiros não terem nenhum dente em suas bocas, mas é um quadro que pode mudar se você se informar mais sobre odontologia e fizer uma higiene bucal melhor que os " 30 segundos" de escovação que muitos de nós fazemos...e sem fio dental depois...(este só quando " nos lembramos"de usar - e sua área de atuação equivale a 30% da área dos dentes e é por seu não uso que a maioria das cáries são entre os dentes, que são os 30% comentados antes....)

Cuidando tão mal dos dentes é claro que eles não vão durar uma vida toda , pois os alimentos que comemos hoje são muito agressivos às estruturas bucais e nos OBRIGAM a uma limpeza melhor do que só uma" escovação básica bem rapidinha"(sic)...

ROMPENDO COM PARADIGMAS MUITO ANTIGOS

É importante os leitores saberem que quando se acham restos de humanos e hominídeos a estrutura que mais encontram, para as datações de Carbono 14 são mandíbulas com dentes!

E você sabia que os humanos(e os dentes) mais antigos descobertos têm 560.000 anos? Veja abaixo exemplos de dentes que existem bem mais que 50-80 anos...

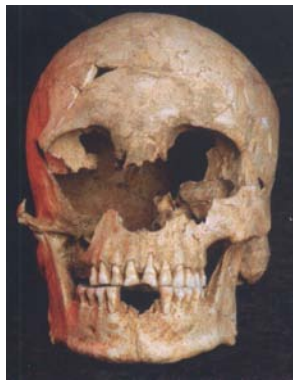


Figura 2- Brasil -Humano- crânio de 11.000 anos de idade. Ver quantos dentes estão presentes.



**Figura 3- Caverna de Tautevel, França em 2015
- dente humano com idade comprovada de 560.000 anos.**

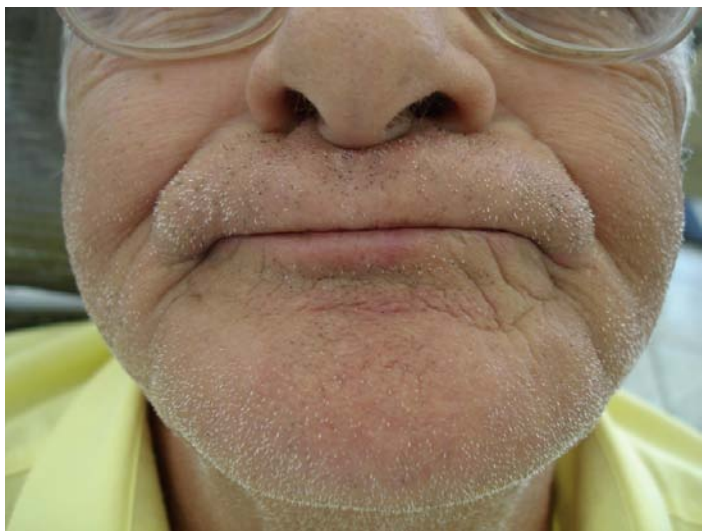


Figura 4 -Alteração na estética facial causada pelo edentulismo

Colocamos outros mais jovens (11 mil e 100 mil anos) junto para você ver que dentes duram, certamente, mais de 60-80 anos.... Então o quê foi que ocorreu para perdermos tantos dentes nos tempos modernos se um dente poder durar tantos anos assim?

Basicamente foi uma mudança na dieta da humanidade, especialmente de quando houve a invasão moura na península ibérica, que trouxe o açúcar para o ocidente(anos 700 até 1490- por 7 séculos!). Isto causou drástica mudança nos agentes causadores de problemas bucais(Dufty,1975).

A questão é que a maioria dos alimentos disponíveis hoje em dia, para poderem durar entre a fabricação e o consumo por diversos dias, têm a sacarose como conservante /fixador- sejam salgados ou doces- e por isto o esmalte dos dentes ficou muito mais passível de ataques da placa

bacteriana , pois com a presença/permanência do açúcar na boca, a população bacteriana bucal cresce em número e em potencial de perigo, por isto se recomenda a escovação- mas *EFICIENTE* dos dentes -após todas as refeições.

A presença deste potencializador de problemas bucais vindo da cana de açúcar beneficiada criou,ao longo dos últimos séculos, um enorme rastro de destruição e mutilação bucal e que levou as populações a visualizar desde a idade média a suposta "*finitude prevista*" dos elementos dentais antes até dos 50 anos de idade, criando a figura clássica do idoso desdentado, já relatada desde 1400 por Shakespeare(Brunetti, Montenegro ,2002), mas não se esqueça que nesta época o açúcar já tinha ,então, 700 anos de utilização pelos europeus...

Mas ter dentes - e estes funcionando adequadamente-é muito importante na ingestão de uma dieta bem balanceada, garantia de uma sobrevivida mais segura,especialmente na Terceira Idade.

Num exemplo real, não há como mastigar eficientemente as fibras de um vegetal,que são muito necessários ao sistema digestivo para um transporte eficiente dos alimentos pelo trato intestinal , se não tivermos dentes em bom formato , com intercuspidação preciso e um bom poder de corte ,associado a uma saliva em volume e constituição adequada, pois um bolo assim trabalhado vai garantir adiante o bom funcionamento de todo o o sistema digestivo , fazendo com que este alimento seja bem conduzido e absorvido em seus melhores nutrientes até sua excreção final e isto ajudará o paciente a aproveitar o melhor de uma dieta e isto foi conseguido graças aos dentes com uma eficiência mastigatória ideal.

Mas,se 60% da população idosa brasileira não tem dentes ou usa próteses,e estas têm dentes artificiais (geralmente de resina acrílica) que se desgastam com o uso diário e depois de 3 a 5 anos já não cortam com a mesma eficiência,bem como suas bases, no mesmo período precisam ser renovadas, mas o quê dizer se o tempo mínimo das próteses totais no Brasil ser de 27,5 anos em média(Ministério da Saúde,2011), sem qualquer intervenção periódica dos dentistas e é por isto que os pacientes vão colocando as suas próteses na gaveta de casa e não para trabalhar os alimentos com evidentes comprometimentos estéticos e especialmente os funcionais, pois para ficar sem uma prótese oponente, vai obrigar a uma drástica mudança de dieta, o quê vai trazer implicações estomacais de monta, com o ingestão de mais medicamentos para acalmar o trato digestório. Medicamentos desta função geralmente têm efeitos colaterais na boca, diminuindo o fluxo salivar e assim os pacientes acabam por deixar de usar a segunda prótese e aí o comprometimento dietético é tão marcante que ,com certeza, poderá ajudar no processo de óbito, pois a qualidade do que conseguirá ingerir em nada manterá sua saúde geral de forma adequada.

Mas não é só cáries que destacamos aqui mas também dos problemas periodontais- que são o agravamento- com perdas do osso de suporte dos dentes- das condições gengivais(geralmente um sangramento gengival não tratado) de um indivíduo e que vão deixar seus elementos sem suporte ósseo, logo "presos só nas gengivas" e por decorrência "moles" e doloridos para mastigar, levando à mudanças no padrão dietético com evidentes implicações orgânicas(Montenegro, Marchini 2013).

Ou seja, dentes podem durar na boca, DESDE QUE estejam adequados à uma dieta marcadamente causadora de problemas, a atual, e que nos obrigam REALMENTE a ter de cuidar bem dos dentes. Não é só dar escova de dentes (para 70% do contorno dos dentes), é preciso usar fio dental ou meios de limpeza entre os dentes (os 30% de área dental) e envolvem, numa casa de repouso até identificar as próteses de cada morador, para que na hora da higiene eles não se confundam e/ou pessoal auxiliar as perca, pois sem próteses muda padrão alimentar e isto sempre é crítico como vimos antes.

EPIDEMIOLOGIA DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL

Problemas relacionados à saúde bucal são bastante prevalentes na população em geral. A cárie dentária, por exemplo, é considerada a doença crônica mais prevalente do País. Em levantamentos epidemiológicos feitos especificamente entre populações idosas, os resultados trazem um panorama desalentador. Patologias orais são bastante prevalentes neste grupo etário, bem como é muito frequente a presença das sequelas deixadas por estas patologias ao longo dos anos de vida desses indivíduos, como a ausência de dentes. Estas sequelas, bem como a doença ativa, podem ter implicações que vão muito além dos problemas que causam na cavidade oral, causando grande impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes idosos.

A presença de quadros infecciosos agudos na cavidade oral podem causar dor intensa, gerando alterações do comportamento e impossibilitando a realização das atividades da vida diária. Além disso, infecções agudas de origem dentária em indivíduos imuno-comprometidos podem se propagar rapidamente e até mesmo causar quadros graves de septicemia.

Já os quadros infecciosos crônicos da região orofacial podem causar desconforto local e agravar doenças sistêmicas pela disseminação de bactérias e suas toxinas pela corrente sanguínea, bem como pelo aumento na contagem de diversos marcadores inflamatórios. A aspiração de patógenos respiratórios oportunistas comumente presentes em biofilmes bucais e a consequente instalação de um quadro de pneumonia por aspiração tem sido frequentemente relacionados na literatura, principalmente quando associados a problemas de deglutição (disfagia).

Doença ativa, na forma de cárie (que provoca cavidades nos dentes), doença periodontal (que destrói os tecidos de sustentação dos dentes, causando mobilidade dental), inflamações da mucosa bucal (estomatites, hiperplasias fibrosas inflamatórias e outras) e câncer de boca atingem índices expressivos na população idosa, em praticamente todos os países estudados (Gil-Montoya et al., 2015). Entre populações específicas, como idosos institucionalizados ou portadores de doenças neurodegenerativas progressivas como o Alzheimer (Machado et al., 2012), a prevalência de doenças orais ativas é ainda maior, embora nem sempre seja sintomática ou apresente sinais óbvios.

Além da presença de patologias ativas, a população idosa sofre com maior intensidade do que outros grupos etários o impacto das sequelas deixadas pela doenças orais ao longo da vida do indivíduo, como a ausência de todos os dentes (edentulismo total) ou parte dos dentes (edentulismo parcial), presença de dentição intensamente restaurada (muitas restaurações

dentárias) e mobilidade dental. Idosos podem ainda apresentar condições orais alteradas devido a problemas de saúde geral, como a presença de xerostomia (boca seca), muitas vezes causadas pela ingestão de múltiplos medicamentos.

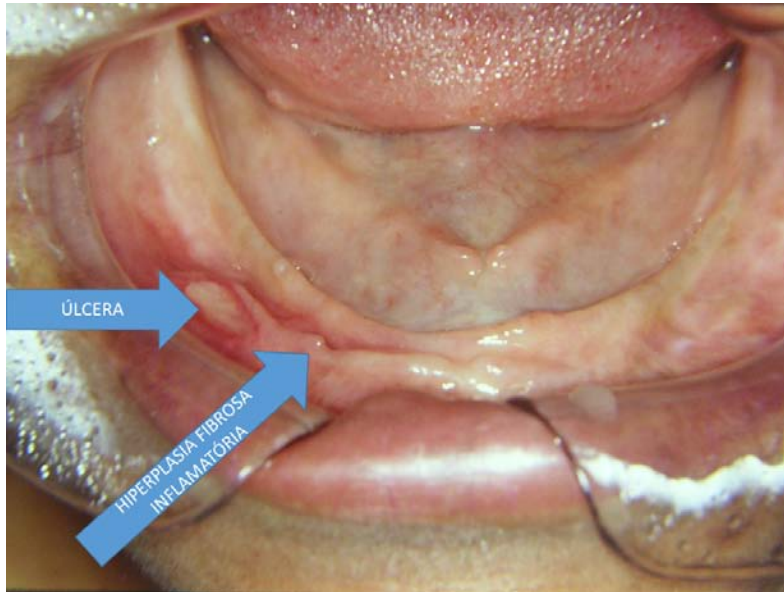


Figura 5. Caso clínico de paciente edêntulo apresentando duas lesões inflamatórias relacionadas ao uso de dentadura mal-adaptada, segundo as flechas: úlcera traumática e hiperplasia fibrosa inflamatória.

Cárie em idosos

A presença de cárie em atividade ou seja, ativamente promovendo perda da estrutura mineral dos dentes, é bastante comum em idosos, com uma prevalência de aproximadamente 20% (Gil-Montoya et al., 2015). A cárie pode ocorrer tanto na superfície coronária (a parte visível dos dentes) quanto na superfície radicular (a parte dos dentes que fica inserida nos ossos maxilares). Em pacientes idosos, o desenvolvimento de cáries radiculares é muito mais frequente do que em adultos jovens, principalmente devido à alta prevalência de exposição das superfícies radiculares ao meio bucal (recessão gengival) em indivíduos de idade mais avançada. Cáries localizadas na raiz dos dentes tendem a se desenvolver de maneira circundante, ao redor da raiz e abaixo do nível gengival, dificultando o acesso para restauração.

A presença de cárie é indesejável por diversos fatores. Cáries podem gerar processos dolorosos de intensidade variável, que vão de um leve desconforto com alguns tipos de alimento (principalmente muito frios, muito quentes ou doces) até um quadro de dor intensa e aguda que impede o paciente de realizar suas atividades diárias. Além disso, as cáries são processos infecciosos polimicrobianos e as cavidades formadas pela doença cárie são um reservatório de microrganismos que podem ser fonte de infecção para outros dentes, para o tecido ósseo que sustenta o dente, ou mesmo podem ser aspirados e causar quadros de infecção bacteriana pulmonar (pneumonia por aspiração).

Embora a frequência de aparecimento de novas lesões de cárie em idosos seja similar ou maior do que o aparecimento de novas lesões em crianças, programas voltados à prevenção e higiene oral são muito menos frequentes entre o grupo etário mais avançado do que entre crianças. Portanto, considerando o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida, programas preventivos de saúde oral entre idosos são urgentemente necessários no âmbito da saúde pública, bem como no âmbito das instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

Doenças gengivoperiodontais em idosos

As doenças gengivoperiodontais são aquelas que afetam os tecidos de sustentação do dente: gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar. As doenças periodontais podem causar desde leve inflamação das gengivas, causando desconforto local e sangramento, até a perda dos tecidos mais profundos (ligamento periodontal e osso alveolar), causando mobilidade dental que pode evoluir para a perda do dente.

Além disso, há crescente acúmulo de evidência demonstrando que a doença periodontal guarda importante relação com diversas patologias sistêmicas. Essa relação tem sido demonstrada como uma via de mão dupla: a periodontite pode ser agravada por problemas sistêmicos (notadamente a diabetes e quadros de imunossupressão), bem como o controle adequado da periodontite está relacionado ao controle mais efetivo de doenças crônicas como a diabetes e a hipertensão.

O achado mais comum entre populações idosas é a inflamação gengival (gengivite), devido ao acúmulo de placa bacteriana nas superfícies dentárias adjacentes, causando sangramento e desconforto local, mas sem causar perda de sustentação óssea. A presença de doença mais severa causando perda de sustentação óssea (chamada de periodontite) é considerada baixa (menor que 5%) em idosos (Gil-Montoya et al., 2015). No entanto, as consequências da periodontite podem ser bem mais graves tanto localmente quanto sistemicamente, além de ter um tratamento muito mais complexo e demorado.

Edentulismo em idosos

Importante consequência da alta prevalência da cárie e doença periodontal, a perda total ou parcial dos dentes é ainda bastante comum ao redor do mundo, e particularmente impactante na população idosa brasileira, onde a estatística apresenta uma prevalência que varia entre 18 e 75%, dependendo da população estudada (Machado e Marchini, 2014).

Pacientes desdentados tem maior dificuldade para realizar a mastigação dos alimentos de modo adequado. Esta limitação faz com que muitos pacientes evitem determinados grupos alimentares, principalmente aqueles que apresentam maior consistência. Deste modo, tem sido demonstrado que a perda de dentes muitas vezes se encontra relacionada a escolhas alimentares inadequadas (alimentos pastosos e ricos em carboidratos), resultando em pior estado nutricional e maior risco de cárie. Além disso, a perda dos dentes tem óbvio impacto na estética facial dos indivíduos, diminuindo sua interação social e muitas vezes colaborando para o agravamento de quadros depressivos.

Condições inflamatórias da mucosa bucal em idosos

Condições inflamatórias da mucosa de revestimento da cavidade bucal são achados muito comuns entre pacientes idosos, principalmente relacionados a próteses com adaptação e/ou higiene inadequadas, constituindo o grupo de lesões orais mais comuns em pacientes idosos (Gil-Montoya et al., 2015).

As lesões mais frequentemente encontradas são a estomatite por dentadura (que é uma doença polimicrobiana com importante participação de fungos do gênero *Candida*), úlceras traumáticas e hiperplasias fibrosas inflamatórias. Embora de natureza benigna, essas lesões podem ser sintomáticas e agravar dificuldades de mastigação em pacientes idosos.

Lesões de natureza polimicrobiana, como a estomatite por dentadura, que envolve também a higiene inadequada das próteses, foram associadas também à pneumonia por aspiração, uma vez que os biofilmes aderidos às dentaduras podem conter patógenos respiratórios oportunistas.



Figura 6- Caso clínico de paciente desdentada, com implantes já colocados, apresentando lesão posteriormente confirmada como carcinoma de células escamosas (flecha).

Câncer bucal em idosos

O câncer de boca é uma neoplasia bastante comum, principalmente nos países em desenvolvimento, mas também ocorre nos países desenvolvidos. No mundo todo, 405.000 casos de câncer de boca são verificados a cada ano. O grupo etário mais afetado é o da população idosa, e o câncer de boca ocorre mais frequentemente em homens. O carcinoma de células escamosas (90%) é a apresentação histológica mais comum e a localização mais frequente no Brasil é o lábio inferior. Apesar da localização favorecer o diagnóstico precoce, a descoberta tardia ainda é muito comum e enfatiza a necessidade de exames orais frequentes para auxiliar na detecção em fases iniciais, nas quais o tratamento geralmente traz sequelas mais leves.

Outras neoplasias da cavidade bucal são carcinomas de glândulas salivares menores (carcinomas mucoepidermóides) e adenocarcinomas. Neoplasias ósseas (osteossarcomas) de mandíbula e

maxila e tumores odontogênicos (como o localmente invasivo ameloblastoma) também podem ocorrer, embora mais raros (Montero e Patel, 2015).

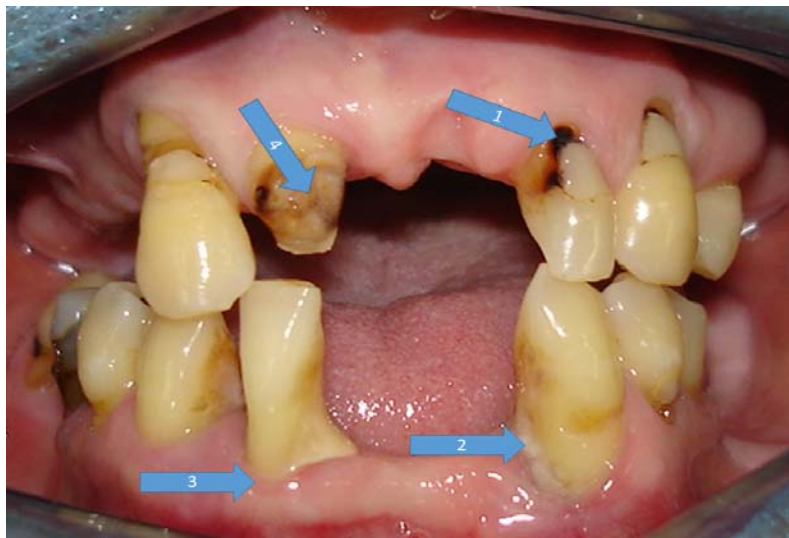


Figura 7-Caso clínico de paciente idosa apresentando múltiplos problemas bucais: em 1) cárie radicular; em 2) placa bacteriana causando problemas periodontais; em 3) recessão gengival, proporcionando a exposição da raiz ao meio bucal (que pode resultar em cárie radicular como em 1) e 4) Cárie coronária.

Xerostomia (boca seca)

A xerostomia ou sensação de boca seca é também frequente em pacientes idosos (16 a 51%, dependendo da população estudada, entre idosos brasileiros). A sensação de boca seca pode ser causada por fatores diversos, mas o fator mais fortemente relacionado a essa alteração tem sido o uso de múltiplos medicamentos, entre os quais diversos agentes que apresentam diminuição do fluxo salivar como efeito colateral (agentes antihipertensivos e antidepressivos, para citar apenas alguns dos mais comuns).

A sensação de boca seca pode ter diversos graus de intensidade e, deste modo, afetar de maneira distinta pacientes diferentes. A diminuição do fluxo salivar dificulta a formação do bolo alimentar, reduzindo a eficiência mastigatória e digestiva. Quando acentuada, a sensação de boca seca pode trazer também desconforto para falar e deglutir, bem como dificultar a adaptação às próteses dentárias (Gil-Montoya et al., 2015). Além disso, a redução no fluxo salivar torna o paciente mais suscetível à cárie, doença periodontal e lesões da mucosa de revestimento da cavidade oral.

ETIOLOGIA DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL

Etiologia da cárie

A etiologia da cárie envolve três fatores principais: a dieta, os microrganismos e o hospedeiro. A dieta causadora de cárie (chamada dieta cariogênica) é aquela rica em açúcar refinado, a sacarose. Os microrganismos causadores da cárie estão normalmente presentes na cavidade bucal, mas as suas quantidades são variáveis e sua virulência também. Assim, algumas pessoas podem ter uma microbiota mais cariogênica que outras. O fator hospedeiro refere-se à resistência

oferecida pela pessoa, seja a resistência do dente à cárie, sejam outros fatores, como os fatores protetores da saliva, por exemplo.

Esses fatores interagem da seguinte forma: os microrganismos degradam o açúcar da dieta e formam ácidos que atacam a superfície dos dentes (hospedeiro). Para prevenir a cárie, esta sequência de eventos precisa ser combatida.

A dieta é um fator controlável, pois o indivíduo pode fazer uma dieta com redução ou eliminação de açúcares, diminuindo assim a possibilidade de apresentar cárie. A pessoa pode ainda diminuir a frequência com que ingere açúcar, pois quanto maior a frequência da presença de açúcar na boca, maior tempo o dente fica exposto aos ácidos que atacam a superfície do dente, aumentando o risco de formar cavidades de cárie.

Os microrganismos são parcialmente controláveis. Sempre haverá microrganismos na cavidade bucal, mas a sua quantidade pode ser limitada pela escovação frequente dos dentes, que remove os microrganismos aderidos às superfícies dentais, diminuindo o contato dos ácidos bacterianos com os dentes. A escovação remove também resíduos de alimentos que podem ser usados pelas bactérias para produção dos ácidos.

O hospedeiro pode aumentar sua resistência à corrosão causada pela atividade bacteriana de diversas formas. A mais comum é incorporando flúor à superfície dos dentes, o que os torna mais resistentes à degradação provocada pelos ácidos bacterianos (Gluzman et al., 2013). Entre idosos, a substituição da saliva natural em pacientes com redução do fluxo salivar também melhora a resistência do hospedeiro, uma vez que a saliva tem importante função protetora.

É importante ressaltar que a prevalência alta de cárie em idosos pode ser explicada por vários fatores apresentados aqui: idosos estão sujeitos à degradação causada pelas bactérias por maior tempo, a dieta é muitas vezes rica em açúcar e com frequentes ingestões (cafés, biscoitos e demais petiscos); o fluxo salivar muitas vezes se encontra reduzido; a função protetora da saliva está reduzida pela imunodepressão fisiológica; a superfície radicular está exposta com mais frequência e portanto pode ser atacada pelos ácidos formando cáries de raiz; a escovação dos dentes muitas vezes está comprometida por problemas motores (osteoartrite/aquite nas mãos) e/ou psiquiátricos (demência e depressão).

Quando o idoso é incapaz de realizar sua higiene oral de modo adequado, existe a necessidade de que esta seja executada pelos cuidadores, os quais muitas vezes não tem treinamento adequado para executar essa função, e podem encontrar resistência do paciente. Esses fatores evidenciam a necessidade de treinamento para a equipe de cuidadores no que se refere aos cuidados de higiene oral, para que se possa prevenir adequadamente o agravamento do estado de saúde bucal, o qual pode acarretar repercussões indesejáveis na saúde geral dos idosos.

Etiologia da doença periodontal

A etiologia da doença periodontal envolve microrganismos (chamados de periodontopatogênicos) e a resistência do hospedeiro. A presença de determinados microrganismos têm papel fundamental no desenvolvimento da doença periodontal e a resposta

do hospedeiro tanto impede o desenvolvimento da doença como exerce um papel regulador em indivíduos suscetíveis.

A placa bacteriana e os microorganismos ali presentes são o fator mais sujeito às ações preventivas. Portanto, uma higiene oral mais apurada é fator fundamental para prevenir o desenvolvimento da doença periodontal e é também fundamental para o controle da doença quando esta se estabelece. No entanto, a melhora do quadro sistêmico, como o controle adequado da glicemia em pacientes diabéticos, e o aumento da capacidade imunológica em pacientes imunodeprimidos melhoram a resposta do hospedeiro à infecção pelos microorganismos periodontopatogênicos e, conseqüentemente, ajuda no controle da doença periodontal.

Estudos clássicos demonstram que a gengivite (inflamação da gengiva, sem perda óssea) vai afetar 100% dos indivíduos que acumularem placa dental por um período de mais de uma semana. Portanto, a única maneira de evitar essa patologia é por meio da escovação dos dentes. No entanto, a periodontite (que afeta os tecidos de sustentação do dente, causando mobilidade) não afeta a totalidade dos indivíduos que não realizam a remoção da placa, sendo desta forma dependente da resposta do hospedeiro. Nos indivíduos suscetíveis, algumas doenças sistêmicas (notadamente a diabetes) podem acelerar o processo de destruição periodontal. O inverso também tem sido descrito, ou seja, a melhora do quadro periodontal parece facilitar o controle mais efetivo de doenças crônicas, como a diabetes e a hipertensão (Choi et al. 2015), embora o mecanismo de como isso ocorre ainda seja alvo de controvérsias e discussão.

A diminuição dos hábitos de higiene oral em idosos devido aos fatores já citados acima quando falou-se sobre a etiologia da cárie, podem causar o surgimento da gengivite e/ou acelerar a progressão da periodontite. No primeiro caso, o acúmulo de microorganismos aumenta o risco de pneumonia por aspiração e no segundo, além de também aumentar o risco de pneumonia, aumenta a chance de perda dental. Em pacientes com doença periodontal, a admissão em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), costuma desencadear rápida progressão da doença com conseqüente perda de dentes, além dos impactos negativos na saúde geral já comentados acima.



Figura 08- o limpador/raspador lingual, usado com pressão muito suave, por toda a extensão da língua dos enfermos em UTIs para controle da reinfecção bacteriana dos pulmões.

Etiologia do câncer bucal

A etiologia do câncer bucal envolve múltiplos fatores: fatores genéticos, infecção por papilomavírus, radiação ultravioleta, alcoolismo, tabagismo entre outros. Dois se destacam claramente: o tabagismo e o alcoolismo (Agnihotri ,Gaur, 2014).

O tabaco é conhecido por conter várias substâncias carcinogênicas, entre as quais destacam-se os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas. O álcool tem um efeito sinérgico com o tabaco na etiologia do câncer oral, embora tenha sido relacionado também com o aumento do risco de câncer mesmo entre indivíduos não fumantes.

Diversas lesões pré-malignas tem sido associadas ao desenvolvimento do carcinoma espinocelular da cavidade bucal, e as mais frequentes são a leucoplasia e a eritroplasia. A leucoplasia é um mancha branca que não pode ser caracterizada como nenhuma outra doença e a eritroplasia é uma mancha vermelha que não pode ser caracterizada como nenhuma outra doença (Montero , Patel, 2015). Portanto, exames orais frequentes são muito importantes para evitar o desenvolvimento de lesões malignas e realizar tratamento precoce. Ao observar manchas brancas ou vermelhas na cavidade oral, é importante realizar um diagnóstico adequado da alteração com brevidade.

As consequências do câncer de boca podem ser severas, dependendo principalmente da malignidade da lesão e sua localização. Como lesão maligna, suas metástases podem atingir órgãos vitais e levar a óbito. Quando diagnosticada a tempo, o tratamento das lesões primárias podem causar sequelas diversas, que podem incluir dificuldade para falar, mastigar e deglutir. Deformidade faciais permanentes são uma das sequelas mais comuns e podem ser devastadoras para a autoestima e convívio em sociedade.

A presença de sequelas graves pode ser minimizada com o diagnóstico precoce. Quando diagnosticadas precocemente, as lesões bucais tem maior índice de sucesso no tratamento e sequelas muito menos severas, em alguns casos pouco perceptíveis, daí a grande importância da realização de exames orais frequentes, mesmo para pacientes desdentados totais.

CONCLUSÕES

Esperamos que até esta parte deste artigo, os leitores possam ter tido uma noção mais precisa das áreas de interrelação entre a Odontologia e os demais cuidados à saúde nos diversos ambientes onde vivem os idosos(e aproveitamos para sugerir a leitura da Parte 2 destes informes, já disponível nos sites abaixo.)

O rompimento de arraigados paradigmas odontológicos são debatidos e exemplificados claramente ao longo deste artigo.

O mesmo é complementado pelo amplo detalhamento dos muito importantes aspectos epidemiológicos e etiológicos dos problemas bucais e de como podem ser bem observados no dia-a-dia de muitos idosos.

. Mais informes podem ser obtidos nos sites citados depois das referências bibliográficas.

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 odontogeriatria 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. Odontogeriatria: 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. Odontogeriatria: 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.odontogeriatría.dr.odo.br

www.portaldoenvelhecimento.org.br

www.jornaldosite.com.br