



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA**

**PRISCILA DE CARVALHO BRONZATO**

**O Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida  
dos Idosos**

**Araçatuba – SP**

**2014**

**PRISCILA DE CARVALHO BRONZATO**

**O Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de  
Vida dos Idosos**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de  
Odontologia de Araçatuba da  
Universidade Estadual Paulista “  
Júlio de Mesquita Filho” – UNESP,  
como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Bacharel em  
Odontologia**

**Orientadora: Prof. Dra. Tânia Adas  
Saliba Rovida**

**Araçatuba- SP**

**2014**

## **Dedicatória**

*Dedico este trabalho aos meus pais Leonel José Bronzato e Neusa C. Carvalho Bronzato, que nunca mediram esforços para me verem realizando este sonho de se formar em uma Universidade. Obrigada por todo amor, carinho e dedicação e por tudo o que fizeram por mim até hoje. São os meus verdadeiros exemplos de vida.*

## AGRADECIMENTOS

*À Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, pela honra de realizar meu curso de graduação em uma excelente Universidade.*

*À todos os **professores** que passaram seus conhecimentos colaborando para minha formação e aos **funcionários** da faculdade pela atenção e respeito.*

*Ao **Departamento de Odontologia Infantil e Social** através do qual tive oportunidade de fazer estágios que contribuíram para aumentar meu conhecimento na área.*

*À **banca examinadora** pela disponibilidade em estar avaliando o meu trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

A **Deus**, meu Pai, por estar sempre me iluminando, protegendo e me dando forças para vencer as batalhas na minha vida.

A minha **família**, por estar sempre presente me apoiando em todas as minhas conquistas.

A minha orientadora Prof. Dra. **Tânia Adas Saliba Rovida**, agradeço pela atenção, ajuda e por ser além de orientadora, uma conselheira e amiga, sempre me motivando e se preocupando comigo.

A minha melhor amiga, **Denise Gomes**, com quem eu morei e passei os melhores 4 anos da minha faculdade com muitas histórias para contar. Obrigada por tudo que fez por mim e pela amizade sincera que eu vou levar pra sempre.

A minha amiga desde o 1º ano da faculdade **Nathália Januario**, agradeço por essa linda amizade que nos uniu nesses 5 anos e por cada momento que passamos nessa faculdade que nunca serão esquecidos.

Á todas as pessoas, amigos, conhecidos, familiares que estiveram comigo nesta caminhada, me apoiando, incentivando e desejando o meu melhor, e por todo esse apoio e admiração que eu me esforço para me tornar uma profissional de qualidade e poder retribuir a todos com meu trabalho e dedicação.

## EPÍGRAFE

*Seja você quem for, seja qual for a posição social que você tenha na vida, a mais alta ou a mais baixa, tenha sempre como meta muita força, muita determinação e sempre faça tudo com muito amor e com muita fé em Deus, que um dia você chega lá. De alguma maneira você chega lá. **Ayrton Senna***

Bronzato, PC. **O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

## RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população de idosos, esta havendo uma necessidade de realização de políticas públicas, que assegurem a qualidade de vida para um processo de envelhecimento saudável. A saúde bucal do idoso normalmente é precária, a incidência de cárie e doença periodontal é alta, e o número de dentes presentes na cavidade bucal é pequeno, sendo necessária uma reabilitação oral com próteses. O objetivo foi informar por meio de uma revisão bibliográfica, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos. Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão da literatura guiada pela investigação das condições de saúde bucal dos idosos e o impacto na qualidade de vida, buscando esclarecer os fatores que contribuíram para determinar a situação atual. O profissional deve conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, já que muitas destas alterações se devem aos medicamentos usados por eles. O fato de ainda se encontrar uma condição bucal deficiente dessa faixa etária, faz com que haja necessidade de se estabelecer além do tratamento, a criação de programas voltados à proteção e promoção de saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal. Idosos. Qualidade de Vida. Políticas Públicas

Bronzato, PC. **The impact of oral health on quality of life for seniors.**  
Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) - Faculdade de Odontologia,  
Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

### **ABSTRACT**

With increasing life expectancy and the growth of the elderly population, this there is a need to conduct public policies that assure the quality of life for a healthy aging process. The oral health of the elderly is usually poor, the incidence of caries and periodontal disease is high, and the number of teeth present in the oral cavity is small, an oral rehabilitation with prostheses is required. The aim was to inform through a literature review, the impact of oral health on quality of life for seniors. To develop this work a literature review guided by investigating the oral health status of the elderly and the impact on quality of life was conducted, seeking to clarify the factors that contributed to determine the current situation. The professional should know the physiological and pathological changes that affect the body of the elderly patient, since many of these changes are due to drugs used by them. The fact still find poor oral condition in this age group means there is need to establish beyond treatment, the creation of programs aimed at protecting and promoting health.

Keywords: Oral Health. Elderly. Quality of Life. Public Policy



# **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CPI – Índice Periodontal Comunitário

CPO-D - Índice que expressa a média aritmética do somatório individual do número de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

QV – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. PROPOSIÇÃO .....	12
3. MATERIAIS E MÉTODOS .....	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	13
4.2 QUALIDADE DE VIDA .....	15
4.3 SAÚDE BUCAL.....	18
4.3.1 REDUÇÃO DA CAPACIDADE GUSTATIVA .....	18
4.3.2 XEROSTOMIA.....	19
4.3.3 PERDA DE DENTES/ REABILITAÇÃO PROTÉTICA.....	19
4.3.4 CÁRIE .....	21
4.3.5 DOENÇA PERIODONTAL.....	22
4.3.6 CÂNCER BUCAL.....	23
4.3.7 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	24
5. DISCUSSÃO .....	26
6. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fator relevante que vem ocorrendo de forma acentuada nas últimas décadas. Esse fenômeno mundial é caracterizado por uma diminuição nas taxas de natalidade e mortalidade, e um aumento da expectativa de vida, com conseqüente crescimento da população idosa. No Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada (VERAS 2009). As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (VERAS 2009). O número de idosos no país passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008. Conseqüentemente, doenças próprias do envelhecimento passaram a ganhar maior expressão no conjunto da sociedade (VERAS 2009).

De acordo com Varoto et al (2004), dentre as doenças crônicas mais frequentes temos a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal e osteoporose.

O perfil novo demográfico resultou em problemas sociais, econômicos e de saúde, que exigiram determinações legais e políticas públicas, capazes de oferecer condições ao processo de envelhecimento, procurando atender às necessidades dessa população (PORTINHO 2011), visando à promoção, proteção, recuperação da saúde do idoso e garantindo assim uma melhor qualidade de vida. Dentre as políticas públicas voltadas para o cuidado do idoso, podem se identificar a Política Nacional do Idoso; Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Santos (2009) descreve que a qualidade de vida pode ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Quando está relacionada à saúde bucal pode ser definida como "a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal" (SANTOS 2009). Um dos fatores que podem diminuir de modo significativo a qualidade de vida das pessoas idosas, é o impacto psicossocial das doenças bucais.

Saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa (ROSA, et al 2008). O estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância ultimamente, pois é um fator contribuinte que favorece o seu bem estar.

Estudos realizados no Brasil indicam que a condição bucal do idoso é caracterizada por perdas dentárias extensas, infecções e higiene bucal deficiente. Os aspectos fisiológicos decorrentes do processo de envelhecimento, também podem estar presentes na cavidade bucal do idoso o que traz redução da capacidade gustativa, alteração das glândulas salivares causando a xerostomia, alterações no periodonto e uso de próteses. Todos estes problemas bucais resultam em dificuldades mastigatórias, dor e problemas nutricionais.

O estado nutricional e a alimentação balanceada estão diretamente relacionados à longevidade, a qualidade de vida, assim como a prevenção de doenças em idosos (GOMES 2013). O objetivo deste levantamento bibliográfico é informar a importância da saúde bucal dos idosos proporcionando uma melhor condição de vida.

## **2. PROPOSIÇÃO**

O objetivo foi informar por meio de uma revisão bibliográfica, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos idosos.

## **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão da literatura guiada pela investigação das condições de saúde bucal dos idosos e o impacto que ela causa na qualidade de vida, buscando esclarecer os fatores que contribuíram para determinar a situação atual, por meio de pesquisa online de publicações indexadas nas bibliotecas virtuais: Scielo (Scientific Electronic Library Online); Bireme; Lilacs e Google acadêmico; além de consultas manuais em teses e livros especializados na área.

Foram adotados como critérios para seleção dos artigos: estudos com resumos e textos completos disponíveis para análise, publicados em periódicos de odontologia, na língua portuguesa, entre os anos de 2004 a 2013. Utilizaram-se como estratégia de busca as seguintes palavras-chave: saúde bucal, idosos, qualidade de vida, políticas públicas. Os 40 artigos encontrados

foram submetidos aos critérios de inclusão. Procedeu-se a leitura minuciosa de cada resumo, selecionando-se aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, foram selecionados essencialmente os estudos nos quais se puderam identificar a situação das condições orais dos idosos, seus maiores impactos e como isso interfere na qualidade de vida. Seguindo os critérios de inclusão, 30 publicações foram eleitas para a pesquisa, estando seus dados e ano de publicação, citados nas referências.

#### **4. REVISÃO DE LITERATURA**

##### **4.1 POLÍTICAS PÚBLICAS**

O conhecimento do estado atual da saúde bucal desse grupo etário com a obtenção de dados epidemiológicos é fundamental para o desenvolvimento de novos programas e o aperfeiçoamento dos atuais, visando uma melhora na saúde bucal da população idosa (AZENHA, et al 2011).

A política pública expressa à transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público. A aproximação dos conceitos da promoção da saúde, à saúde bucal da população idosa deve resultar na elaboração de políticas e protocolos de atenção específicos, ataque aos mitos e estigmas, suporte ao ensino e pesquisa da Odontogeriatrics, envolvimento multidisciplinar, capacitação de recursos humanos, exames bucais periódicos, identificação de grupos de risco, aumento da utilização da fluoroterapia como medida preventiva de saúde pública, garantia de acesso a tratamento

odontológico integral e disseminação de informações (MELLO; ERDMANN; CAETANO, 2008).

**Política Nacional do Idoso** – Lei n. 8.842, de 1994; Portaria n. 702, de 2002, que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS);

**Estatuto do Idoso** – Lei n. 10.741 de 2003 expõe os seguintes direitos fundamentais de saúde: atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde, atendimento geriátrico ambulatorial, atendimento domiciliar, reabilitação, fornecimento de medicamentos e próteses, direito de opção pelo tipo de tratamento, direito a acompanhante, proibição de discriminação em plano de saúde, treinamento dos profissionais de saúde, dos grupos de autoajuda e dos cuidadores familiares.

**Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)** publicada por meio da portaria GM/MS n. 1.395, de 10 dezembro de 1999 fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, conforme determinam a Lei Orgânica de Saúde n. 8.080/90 (Preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integridade física e moral); e a Lei n. 8.842/94, regulamentada pelo Decreto n. 1.948/96, assegura os direitos dos idosos e busca criar condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Essa política pública visa recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos,

direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (PORTINHO 2011).

A promoção da saúde, focada na qualidade de vida, deve ser desenvolvida com centralidade no usuário e no seu envolvimento ativo num processo de educação para o autocuidado. Ela incorre em mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como em todos os outros setores da sociedade, além da importância de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas.

A implementação das políticas públicas voltadas para o amparo adequado ao idoso necessita de investimentos, principalmente, na atenção básica com discussões de estratégias preventivas e de promoção à saúde. Por outro lado os profissionais da saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção básica, devem estar em número suficiente para compor as equipes de saúde da família e ser alvo de capacitações para a adequação às necessidades da população idosa (PORTINHO 2011).

## **4.2 QUALIDADE DE VIDA**

O recente interesse de pesquisadores no conceito de qualidade de vida, tem se concentrado no debate sobre definição e medidas de utilização da qualidade de vida.

A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde. O interesse pela mensuração da QV é relativamente recente, tanto nas práticas



assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção da saúde (CAMPO; NETO 2008).

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como: "[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esta definição deixa implícita a ideia do conceito subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos. Também reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente. Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida podem ser genéricos ou específicos. Os genéricos avaliam vários de seus aspectos e estado de saúde, podendo ser utilizados para pacientes independentemente da doença ou condição e também para pessoas saudáveis. Permitem comparar a qualidade de vida de portadores da mesma doença, de doenças diferentes, ou da população em geral. Contudo, podem falhar na sensibilidade para detectar aspectos particulares e específicos de determinada doença. Os específicos podem detectar particularidades da qualidade de vida em determinadas doenças e em relação a efeitos de tratamentos, podendo fornecer informações de relevância para o manejo dos pacientes, mas podem apresentar dificuldade no processo de validação psicométrica do instrumento pelo reduzido número de itens, além de falha na habilidade para comparar qualidade de vida em diferentes condições clínicas (KLUTHCOVSKY 2010).

Estudos sobre Qualidade de Vida do Idoso tem se tornado necessários devido à relevância que a longevidade trouxe à vida humana (RIBEIRO 2011). Viver mais sempre foi o intuito do ser humano. Assim, um desafio que cresce

em importância é a obtenção de melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais (TRENTINI 2004).

É possível ainda analisar a qualidade de vida sob a perspectiva de um envelhecimento saudável, uma vez que a saúde física, para o idoso, é um dos aspectos mais importantes na determinação do bem estar (RIBEIRO 2011). A qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo (TRENTINI 2004). A autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios é o fato que caracteriza um idoso saudável. Envelhecimento saudável dentro dessa ótica passa ser resultante da interação multidimensional entre „saúde física“, „saúde mental“ e „independência na vida diária“, integração social, suporte familiar e independência econômica. (RIBEIRO 2011)

Em relação à saúde bucal, alguns estudos realizados no Brasil, concluíram que a necessidade de uso de prótese, a perda dental e o uso de próteses mal adaptadas, tiveram impactos negativos na percepção de qualidade de vida.

As perdas dentárias causam diminuição da capacidade mastigatória, dificultando o consumo de diversos alimentos, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas. Esse conjunto de repercussões no cotidiano das pessoas contribui para a redução de sua qualidade de vida Os problemas vivenciados pelos idosos devido às perdas dentárias são tanto funcionais quanto psicossociais e todos esses aspectos podem causar impactos na vida diária do indivíduo (SANTOS 2009).

### **4.3 SAÚDE BUCAL**

Nas últimas décadas, o rápido crescimento ocorrido em nível da faixa etária, que se convencionou chamar de “terceira idade”, e o prognóstico dado pela ciência, em especial no campo da geriatria, vêm exigindo dos profissionais da saúde maior capacitação para o atendimento ao idoso (NETO et al., 2007).

A saúde bucal não é apenas uma condição física, mas também social. Ela é um elemento vital para a saúde em geral do idoso (RIVALDO et al., 2008).

O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de manter os pacientes em condições que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre o estado geral e psicológico do indivíduo. (ROSA et al., 2008)

Com o processo de envelhecimento, a cavidade bucal sofre inúmeras alterações tais como: redução da capacidade gustativa, xerostomia, perda de dentes/reabilitação protética, cárie, doença periodontal e câncer bucal.

#### **4.3.1 Redução da capacidade gustativa**

A língua sofre alterações em suas estruturas básicas e em sua superfície, como a frequente perda das papilas filiformes e circunvaladas; podem ocorrer ainda fissuração e varicosidades na superfície ventral, alterações que podem provocar uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda do apetite e problemas nutricionais (NETO et al.,

2007). Essas mudanças parecem ser específicas e alguns tipos de percepção gustativa podem, inclusive, desenvolver-se à medida que a pessoa envelhece (ROSA et al., 2008). No entanto, ainda não há um tratamento padrão para a disfunção gustativa (SILVA 2011).

#### **4.3.2 Xerostomia**

As alterações nas glândulas salivares podem provocar xerostomia (boca seca) e diminuição na produção da amilase salivar, o que dificulta a deglutição e posterior digestão dos alimentos. Entre os fatores contribuintes da xerostomia, podem-se citar as medicações para hipertensão, depressão, ansiolíticos, anticolinérgicos, anti-histamínicos; também procedimentos específicos, como a terapia radioativa para o tratamento do câncer, que deixa os idosos mais vulneráveis a esse tipo de problema (ROSA et al., 2008). A ausência ou diminuição da secreção salivar permite o aparecimento de cáries rampantes, candidíase, disfagia, desconforto para mastigar e dificuldade para usar próteses, (RIVALDO, et al., 2008) diminuindo desse modo, a interação social (ROSA et al., 2008).

#### **4.3.3 Perda de dentes/ reabilitação protética**

Dos problemas bucais existentes no paciente da terceira idade, a perda de dentes é um dos mais frequentes (ROSA et al., 2008). Os resultados da pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde apontaram um percentual de

37,8% de indivíduos com mais de 50 anos de idade sem nenhum dente natural presente na boca, no total 30 milhões de pessoas (MATTAR 2012).

Em decorrência disso, a reabilitação protética torna-se fator importante para o restabelecimento das condições bucais ideais do paciente. As pessoas desdentadas procuram o cirurgião dentista para confecção de próteses totais pela necessidade de melhorarem aspectos como estética, interação social, eficiência mastigatória e qualidade na fala (MATTAR 2012). Na mucosa bucal, os problemas mais frequentemente encontrados são estomatites, hiperplasias teciduais e úlceras traumáticas com o uso de próteses inadequadas (SILVA 2011).

A estomatite protética, que se caracteriza por ser uma reação inflamatória dos tecidos bucais que estão em contato com as próteses, é bastante comum em idosos e podem estar associada a quadros de candidose atrófica e quelite angular. A estomatite induzida pelo uso de dentadura não mostra formação de placa, como nas demais candidoses, mas a proliferação de *C. albicans* na interface entre a mucosa e a prótese total provoca a inflamação da área.

A hiperplasia fibrosa inflamatória desenvolve em associação com as bordas de próteses mal adaptada, onde essas exercem pressão excessiva no fundo de fórnix. Essa lesão apresenta-se como uma única ou múltiplas pregas de tecido conjuntivo hiperplásico, localizada entre o rebordo alveolar e a mucosa labial ou jugal (SILVA et al., 2011).

#### 4.3.4 Cárie

A cárie dentária consiste numa desintegração patológica gradual e dissolução do esmalte e/ou dentina do dente, com eventual envolvimento da polpa, caracterizando-se pela desmineralização da porção inorgânica do dente e destruição de sua porção orgânica. As causas da cárie dental nos idosos são idênticas às de pessoas jovens; entretanto, pelo fato de os dentes dos idosos terem sido expostos aos potentes efeitos do ambiente por um maior período de tempo, eles apresentam maior risco de desenvolver cárie do que os mais jovens (ROSA et al., 2008).

A erosão por abrasão ou atrição é geralmente mais prevalente no idoso, assim como a retração da polpa dentária, resultante da formação de dentina secundária ou calcificação pulpar. Pessoas idosas também possuem maiores riscos de cárie secundária pela dificuldade de higienização bucal (ROSA et al. 2008). A cárie radicular pacientes idosos e está associada à diminuição da secreção salivar e a exposição cervical dentária (RIVALDO et al., 2008).

Em 2000 o Ministério da Saúde do Brasil iniciou um amplo projeto de levantamento das condições de saúde bucal que abrangeria tanto a população urbana quanto a rural, denominado SB Brasil. Os resultados deste levantamento foram publicados em 2004 com dados referentes à 2002/2003. O CPO-D médio na faixa etária de 65 a 74 anos no Brasil é de 27,8, praticamente todos os dentes são atingidos de alguma forma pela doença cárie. No entanto o mais preocupante é o fato de que componente perdido seja responsável por cerca 93% da composição percentual de tal índice, o que significa que ao decompor o índice de CPO-D e considerar apenas o número de dentes

perdidos da população idosa brasileira, encontra-se a média de 25,8. Ainda analisando os dados do SB Brasil, 2003, observa-se que há um alto percentual de idosos no Brasil, com uma ou as duas arcadas sem nenhum dente. O edentulismo na arcada superior atinge 74,06% dos idosos brasileiros, sendo que 16,15% não usam prótese total superior e que 57,91% a usam. Na arcada inferior a edentulismo atinge 57,99% dos idosos brasileiros, sendo que 23,81% não usam prótese total inferior e que 34,18% a usam (UNGERICHT 2006).

#### **4.3.5 Doença periodontal**

A doença periodontal é uma doença que acomete os tecidos de sustentação dos dentes, sendo cumulativa e progressiva. Embora tenha seu início na idade jovem, ela é tida pela maioria das pessoas e até pelo dentista como uma doença de pessoas idosas. Sua severidade nem sempre é óbvia até atingir estágios mais avançados no decorrer da idade, quando então começa a afetar a mastigação, nutrição e, em alguns casos, a saúde geral do paciente (MELLO 2005).

Como a cárie dental, a doença periodontal é causada pela placa bacteriana que se acumula e adere à superfície dos dentes, acarretando uma destruição dos tecidos locais. Então, os produtos das bactérias penetram nos tecidos periodontais iniciando a resposta inflamatória. O periodonto de sustentação fica comprometido, havendo perda da crista óssea interdentária, reabsorção óssea horizontal e vertical, com retração gengival, mobilidade e perda dentária. A presença de cálculo dentário e gengivite é bem mais

frequente nos idosos, quando comparados a pacientes jovens (ROSA et al., 2008).

Raspagem supragengival, polimento coronário, medição de bolsas, raspagem subgengival e alisamento radicular fazem parte do tratamento de rotina (MELLO 2005).

A manutenção do tratamento deve seguir as necessidades de cada paciente. Deve-se realizar evidenciação de placa bacteriana, índice de placa bacteriana, índice gengival, raspagem e alisamento radicular, profilaxia e verificar a necessidade de aplicação tópica de fluoretos em cada consulta de revisão (MELLO 2005).

#### **4.3.6 Câncer bucal**

Apesar de todos os esforços e campanhas esclarecedoras sobre o câncer da cavidade bucal, não parece estar havendo uma substancial redução nos índices de morbidade ou mortalidade causada pelo carcinoma bucal na população de idosos nestes últimos 20 anos. O câncer de boca ocupa o 3º lugar em ocorrência dentre os cânceres humanos e, o mais frequente, é o carcinoma espinocelular. Este é mais comum na semi-mucosa labial inferior, no adulto branco do sexo masculino (SILVA et al., 2011).

É importante estar sempre observando os sete sinais de alerta na boca que possam indicar o câncer bucal. São eles: edema, elevações ou crescimentos, manchas brancas, ulcerações, uma dor de garganta que não



passa, dormência, dor ou sangramento persistentes. O exame deve ser seguido de biópsia sempre que se suspeitar de alguma lesão (MELLO 2005).

A lesão fundamental do carcinoma espinocelular é a úlcera, cuja característica principal é a ausência de halo inflamatório em virtude da não reação do organismo ao agente agressor. O carcinoma espinocelular tem início no tecido epitelial de revestimento a partir de células da camada espinhosa, podendo evoluir em direção ao conjuntivo após romper a camada basal, ou para o exterior, pelo rompimento da superfície epitelial, dando origem à úlcera.

O câncer bucal diagnosticado no início de sua evolução pode ser curado em grande número de casos; nos casos avançados, extensos ou já disseminados, a chance de cura é praticamente nula. Os profissionais da saúde devem estar sempre atentos as alterações bucais aparentemente inócuas, que podem passar despercebidas por serem mínimas, para poder detectar o tumor maligno o mais precocemente possível, contribuindo dessa forma na redução da mortalidade por câncer bucal (SILVA et al., 2011).

O programa de prevenção de câncer bucal deve envolver educação e uma ação definitiva no controle das áreas suspeitas (MELLO 2005).

#### **4.3.7 Prevenção e promoção de saúde**

A promoção de saúde pode ser definida como o processo de capacitação da população para agir na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, através de um estilo de vida saudável e controle do ambiente.

Especificamente para este grupo etário, algumas ações devem se configurar como de caráter imediato, e considerando os escassos dados epidemiológicos apresentados, um programa de promoção de saúde para idosos deve contemplar, inicialmente, um estudo mais sistematizado do padrão das condições bucais do idoso. Seria importante conhecer a frequência, distribuição e padrão de cárie, doença periodontal e lesões de mucosa, relacionando estes dados aos determinantes mais frequentemente observados, isto é, procurando identificar as doenças e sua causalidade, para organização de ações curativas e preventivas mais efetivas.

Concomitantemente, compreender a representação de saúde e a percepção das próprias condições, na população de idosos, permite elaborar programas educativos mais consistente, voltados para o autocuidado e o auto diagnóstico.

O atendimento deve ser integral, considerando os aspectos educativos, preventivos e curativos reforçando o envolvimento de uma equipe multiprofissional na identificação dos problemas e na busca de soluções.

Com relação aos maiores problemas observados em idosos, algumas medidas específicas podem ser efetivadas para manutenção da saúde, destacando-se: o exame periódico, cuidados com a dieta e nutrição, manutenção do fluxo salivar e controle da placa bacteriana (CAMPOSTRINI 2004).

Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem poucos ou nenhum dente remanescente (ROSA et al., 2008).

## 5. DISCUSSÃO

Um dos principais critérios utilizados para se identificar um idoso saudável é a conservação por toda vida de sua dentição natural e funcional, incluindo todos os aspectos sociais e biológicos, tais como estética, conforto, habilidade para mastigar, sentir sabor e falar. A manutenção da saúde é o primeiro passo para uma adaptação mais tranquila à terceira idade (NETO et al., 2007).

Por meio de Neto 2007, Rosa 2008 e Silva 2011, a alteração no paladar através da diminuição da capacidade gustativa é um problema relativamente comum com a chegada do envelhecimento. A dificuldade de saborear os alimentos e a limitação mastigatória representam situações enfrentadas por essa classe (SALIBA 2009).

O atendimento das pessoas idosas deve ser diferenciado e talvez um desafio para o dentista, levando em consideração a saúde física (e até a psicológica) que provoca mudanças bucais como: mucosas frágeis e sensíveis, gengivas retraídas, coloração escurecida dos dentes, maior incidência de problemas periodontais e cáries de raiz, estes últimos muito influenciados quando existe xerostomia, geralmente causada por efeitos danosos de quase 70% dos remédios normalmente ingeridos pelos idosos (TAMINATO 2011).

No caso de idosos que vivem em instituições de longa permanência, estudos feitos por Ferreira 2009, em Belo horizonte e Reis 2005 em Goiânia, relataram que a condição de higiene bucal dos idosos institucionalizados, em geral, é precária, tanto nos idosos dentados como nos usuários de prótese total superior.

Um alto valor de cpod revela a severidade da doença cárie suas consequências, como a perda dos dentes, entre os idosos, que possuem um número reduzido de dentes remanescentes. Elevado grau de perda dentária foi constatado pelo percentual de componentes perdidos no CPOD, grande número de sextantes excluídos no CPI e alta taxa de edentulismo .

A visão de que é natural as perdas de todos os dentes com o envelhecimento pode levar os idosos a negligenciarem medidas de controle de placa. Adicionalmente, limitação física, problemas visuais e demência podem comprometer o autocuidado, resultando em altos níveis de acúmulo de placa bacteriana. Muitos idosos são dependentes de um cuidados para a higiene bucal. A falta de controle adequado de placa bacteriana pode aumentar o risco de desenvolvimento de lesões de mucosa, cárie dentaria e doença periodontal (FERREIRA 2009).

A internação em uma instituição de longa permanência pode se apresentar como única saída para a família, frente a não disponibilidade do suporte familiar, financeiro e psicológico que o mesmo necessita. (REIS 2005) Dentre as principais causas da inserção de idosos em instituições asilares destacam-se: condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para que seus familiares o abriguem, falta de recursos financeiros, abandono do idoso pela família que não consegue mantê-lo sob seus cuidados (PESTANA 2008). Nestas instituições os idosos vivem na forma de internato, por tempo determinado ou não, mediante pagamento ou não (REIS 2005).

A Faculdade de Odontologia de Araçatuba, por meio do Departamento de Odontologia Infantil e Social, realiza há 10 anos o projeto „ Sempre Sorrindo“, que leva diversas atividades diferentes para quatro instituições asilares do município de Araçatuba. O projeto envolve uma equipe de alunos de graduação, pós-graduação, professores e funcionários que juntos desenvolveram atividades teóricas e práticas, como educação em saúde, supervisão de higienização, atividades lúdico-educativas, levantamentos epidemiológicos das condições de saúde bucal e, conseqüentemente, atenção odontológica de acordo com a necessidade de tratamento de cada indivíduo.

Ações de promoção de saúde, como a educação, visam a proporcionar aos indivíduos conhecimentos que lhes permitam atingir saúde e, conseqüentemente, qualidade de vida. Assim, a ação educativa que incentive hábitos e aceitação de novos valores é um importante instrumento de transformação social, pois permite o desenvolvimento do comportamento em relação à saúde. A manutenção da saúde bucal e o não surgimento de novos casos de doenças somente será possível com a colaboração do paciente, apoiado por uma equipe de saúde bucal preparada para, além de educá-lo, conscientizá-lo sobre a importância de seu engajamento nos programas de saúde (MOIMAZ 2011).

Quando se trata de idosos restritos em domicílio, estes mostram um perfil diferenciado. Eles apresentam elevado grau de dependência decorrente das incapacidades funcionais, não se beneficiam da maioria dos programas relacionados à terceira idade que visam sua qualidade de vida e interação com a sociedade (TRELHA 2006).

No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares de idosos, especialmente, mulheres que geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, é indicar a permanência de idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família (KARSCH 2003).

Os familiares devem estar atentos a qualquer mudança de hábito ou de comportamento, como alterações na fala, expressão de dor, falta de apetite, pois o paciente pode não perceber a alteração ou mesmo não dar importância a sua presença (ROSA et al., 2008).

Em relação aos cuidadores de idosos, pouco se conhece sobre seu perfil, suas necessidades e sua formação. A urgência de se estruturar uma equipe multidisciplinar qualificada com amplo conhecimento geriátrico e gerontológico é imprescindível, na busca da melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados (MOIMAZ 2011).

Dentre os cuidados prestados pelo cuidador ao idoso, destacaram-se o controle de medicamentos e o auxílio à movimentação, seguidos pelos cuidados com a higiene pessoal, realização de curativos e, por fim a alimentação. De acordo com alguns estudos, as cuidadoras relataram maior dificuldade quanto à higiene pessoal e o cuidado com ferimentos. É importante

que esses profissionais incentivem os cuidados pessoais diários bem como a identificação de qualquer situação de anormalidade (TRELHA 2006).

## **6. CONCLUSÃO**

O envelhecimento e a saúde bucal oferecem um amplo campo de investigação e, certamente, novas hipóteses surgem à medida que discutimos os temas. Os adultos e idosos estão querendo viver com melhor qualidade de vida. Há uma preocupação em poder comer bem, falar e sorrir com satisfação.

O papel do cirurgião-dentista deve ser de motivar o paciente quanto à higienização e aos cuidados bucais, para que estes se sintam mais valorizados e em condições de cuidar e manter os seus próprios dentes.

O profissional deve conhecer as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do paciente idoso, já que muitas destas alterações se devem aos medicamentos usados por eles.

O fato de ainda se encontrar uma condição bucal deficiente dessa faixa etária, faz com que haja a necessidade de se estabelecer além do tratamento, a criação de programas voltados à proteção e promoção da saúde.

O impacto dos problemas de saúde bucal alteram a qualidade e o modo de vida dos idosos.

## **Referências Bibliográficas**

- 1- AZENHA, M.R. Estudo epidemiológico da saúde bucal da população idosa. Int J Dent, Recife, 10(4):228-233, out/dez, 2011.
- 2- CAMPOS, M.O; NETO, J,F,R. Qualidade de Vida: Um instrumento para Promoção de Saúde. Revista Baiana de Saúde Pública. v32, n.2, p.232-240 maio/ago. 2008.
- 3- CAMPOSTRINI, E. Odontogeriatrics. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- 4- FERREIRA, R.C et al. Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2375-2385, nov, 2009.
- 5- GOMES, D.R. A relação entre o uso de próteses e o estado nutricional de idosos. Araçatuba 2013. Monografia (Bacharel em Odontologia). Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.
- 6- GONÇALVES, L.H.T, et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1738-1746, set, 2010.
- 7- KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003.
- 8- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; Kluthcovsky, F,A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a07s1.pdf>> [acessado em 14 de junho de 2014].
- 9- MATTAR, D. Odontogeriatrics na equipe interdisciplinar de atenção ao idoso: o impacto da reabilitação oral na qualidade de vida dos pacientes desdentados. Jornal Correio ABO 276. 19 de Junho de 2012. Disponível em <[http://abomq.no-ip.com/noticia.aspx?ID\\_NOT=64](http://abomq.no-ip.com/noticia.aspx?ID_NOT=64)>. Acesso em 17 de Maio de 2014
- 10- MELLO, A.L.S.F; ERDMANN, A.L, CAETANO JC. Saúde bucal do idosos: por uma política inclusiva. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 696-704
- 11- MELLO, H.S.A. Odontogeriatrics. São Paulo: Santos, 2005.
- 12- MOIMAZ, S.A.S, et al. Projeto “Sempre Sorrindo”: 10 anos de atenção ao idoso institucionalizado. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde; 13(1): 46-51, 2011.



- 13- MOIMAZ, S.A.S. et al. O IDOSO NO BRASIL – ASPECTOS LEGISLATIVOS DE RELEVÂNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p. 61-69, jun. 2009.
- 14- NETO, N.S. et al. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 48-56, jan./jun. 2007
- 15- Organização Mundial de Saúde (OMS) online. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> [acessado em 28 abril 2014].
- 16- PESTANA, L.C; ESPIRITO SANTO, F.H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. Rev. Esc. Enferm USP 42(2):268-75, nov, 2008.
- 17- PORTINHO, A.S. Políticas Públicas e Envelhecimento: dificuldades e possibilidades na atenção integral a saúde da pessoa idosa no SUS. Coleção Gestão da Saúde Pública – Volume 2
- 18- REIS, S.C.G.B, et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia- GO, 2003. Rev. Brás Epidemiol. 2005; 8(1): 67-73
- 19- RIBEIRO, K.T. Fatores associados a qualidade de vida relacionada a saúde de idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE: Saúde, Bem Estar e Envelhecimento. São Paulo, 2011. Dissertação (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Publica.
- 20- RIVALDO, E,G. et al. Envelhecimento e saúde bucal. Stomatos, v.14, n.26, jan./jun. 2008
- 21- ROSA et al. Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. RFO, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/agosto 2008
- 22- SALIBA, N.A, et al. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. v.12 n.3. Rio de Janeiro, 2009
- 23- SALIBA, N.A, et al. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. Interface (Botucatu) vol.11 no.21. Botucatu Jan./Apr. 2007.
- 24- SANTOS, C,M. Avaliação Longitudinal da mudança na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. Porto Alegre, 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Programa de Pós-graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- 25- SILVA, E,M,M. et al. Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico –revisão da literatura. Araçatuba. Odonto 2011; 19 (37):39-47

- 26- SIMÕES, A.C.A, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2975-2982, 2011.
- 27- TAMINATO, E.N. A Odontogeriatría dentro da realidade brasileira. *REVISTA PORTAL de Divulgação*, n.13, ago. 2011. Disponível em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/revistanova/index.php/revistaportal/article/viewFile/180/180>. Acesso em 30 de Julho de 2014.
- 28- TRELHA, C.S, et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.20-7, dez.2006.
- 29- TRENTINI, C.M. Qualidade de vida em Idosos. Porto Alegre, 2004. Dissertação (Doutorado em Psiquiatria) Programa de Pós Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.
- 30- UNGERICHT, L,G,D. A saúde bucal na terceira idade: O impacto odontológico no cotidiano dos idosos. Florianópolis, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 31- VAROTO, V.A.G; TRUZZI, O.M.S; PAVARINNI, S.C.I. Programas para idosos independentes um estudo sobre seus egressos e prevalência de doenças crônicas. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-mar; 13(1):107-14.
- 32- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009;43(3):548-54

## **ANEXOS**

Anexo 1 - Estatuto do Idoso. Disponível em  
<[http://direitoidoso.braslink.com/05/estatuto\\_do\\_idoso.pdf](http://direitoidoso.braslink.com/05/estatuto_do_idoso.pdf)>

Anexo 2 – Política Nacional do Idoso. Disponível em  
<[http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas\\_publicas/6.pdf](http://www.sbgg.org.br/profissionais/arquivo/politicas_publicas/6.pdf)>

Anexo 3 – Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa. Disponível em  
<[http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://crn3.org.br/legislacao/doc/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>