

Odontologia e abordagem interdisciplinar na atenção integral ao idoso relacionado às principais alterações orais

Dentistry and interdisciplinary approach in integral attention to elderly related to main oral changes

Isabela Dantas Torres de Araujo¹
Isamar Noemia de Freitas²
Robson Barbosa da Silva²
Marcelo Gadelha Vasconcelos³
Rodrigo Gadelha Vasconcelos⁴

¹Curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal-RN, Brasil.

²Especialização em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica da Universidade Potiguar – UnP, Natal-RN, Brasil.

³Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal-RN, Brasil.

⁴Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, João Pessoa-PB e Programa de Pós-Graduação em Patologia Oral da UFRN, Natal-RN, Brasil

Correspondência

Isabela Dantas Torres de Araujo
Avenida Prudente de Moraes 498, apartamento 401, Tirol, Natal-RN. 59020-510, Brasil.
isabeladantas@globocom

Recebido em 06/agosto/2012
Aprovado em 27/agosto/2012

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento da população brasileira surge a necessidade de novas estratégias para a promoção da qualidade de vida dos indivíduos idosos.

Objetivo: Nessa perspectiva, este estudo objetivou ressaltar que a abordagem interdisciplinar na assistência odontológica ao idoso influencia diretamente na qualidade de vida dessa camada da população.

Método: Para isso foi realizada uma revisão de literatura através da busca de artigos no PubMed/Medline, Lilacs e Scielo publicados no período de 2002 a 2012.

Resultados: A literatura estudada destacou que alterações bucais ocasionam consequências em todos os órgãos do corpo e que o trabalho em saúde depende da colaboração de saberes distintos em função de ainda haver a fragmentação do conhecimento, mas que pode ser superada através da interdisciplinaridade.

Conclusão: Diante disso, para se atingir um cuidado mais humanizado e integral ao paciente é necessário considerar a abordagem interdisciplinar por permitir um tratamento integrado e de qualidade em coerência com a visão holística de saúde do idoso.

Palavras-chave: Abordagem interdisciplinar; Idoso; Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: With the aging of the population comes the need for new strategies to promote quality of life of older individuals.

Objective: In this perspective, this study aimed to highlight the interdisciplinary approach in dental care to the elderly which directly influences the quality of life of this population group.

Methods: For this it was performed a literature review by searching for articles in the PubMed/Medline, Lilacs and Scielo published in the period from 2002 to 2012.

Results: The literature reviewed highlighted that oral diseases cause consequences in all organs of the body and health work depends on the collaboration of different knowledge due to the fragmentation of knowledge's existence, but can be overcome by interdisciplinarity.

Conclusion: Therefore, to achieve a more humane and comprehensive care to patients is necessary to consider the interdisciplinary approach to allow an integrated treatment and quality consistent with the holistic view of health of the elderly.

Keywords: Interdisciplinary approach; Elderly; Dentistry.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial representa um triunfo para a humanidade, porém traz um grande desafio social, que é envelhecer com qualidade de vida. Pois, é importante viver muito, mas é fundamental viver bem. Assim sendo, quanto mais longa torna-se a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e dentro deste contexto a saúde bucal tem um papel relevante, visto que ao ser comprometida ela pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social mais ativa¹.

Nessa perspectiva, para atender esta nova camada da população são necessários programas que priorizem ações de prevenção e promoção da saúde bem como a efetiva atuação dos profissionais de saúde, considerando-se a abordagem interdisciplinar, na atenção integral à saúde do idoso².

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde bucal é mais que dentes saudáveis; é integrante da saúde geral e essencial para o bem estar. Ter boa

saúde bucal implica: estar livre de dor crônica orofacial, de câncer bucal ou da orofaringe, de lesões dos tecidos moles bucais, de defeitos congênitos como fendas labiais e/ou palatinas e de outras doenças que afetam os tecidos bucais, dentais e orofaciais que incluem, entre outras, carie e periodontite³.

O diagnóstico precoce do câncer bucal e as doenças relacionadas aos pacientes idosos são métodos preventivos que implicam o envolvimento dos profissionais que cuidam destes pacientes e não apenas do cirurgião-dentista⁴.

Portanto, é necessário conhecer as principais alterações bucais fisiológicas e patológicas que acometem o paciente idoso, bem como os aspectos psicossociais que influenciam na qualidade de vida deste indivíduo. Desta forma esta revisão de literatura tem como objetivo ressaltar que a abordagem interdisciplinar na assistência odontológica ao idoso pode influenciar na qualidade de vida destes indivíduos.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento na literatura científica, utilizando artigos científicos originais e de revisão indexados nas bases de dados PubMed/Medline, Lilacs e Scielo publicados no período de 2002 a 2012. Os descritores utilizados para busca foram: abordagem interdisciplinar, idoso e odontologia. Para esta revisão, foram considerados 33 trabalhos que enfatizaram as alterações bucais fisiológicas e patológicas que acometem o paciente idoso e a abordagem interdisciplinar na assistência odontológica ao idoso. Foram adicionados ainda artigos que constavam nas referências dos artigos encontrados, 4 livros, 1 monografia e 2 dissertações considerados relevantes para este estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

O processo de envelhecimento

O prolongamento da vida humana é um processo que vem se acelerando nas últimas décadas, até mesmo nas sociedades menos desenvolvidas, acarretando alterações significativas no perfil demográfico destas populações, com aumento da proporção de idosos^{5,6}.

No Brasil, o processo de envelhecimento tem acontecido de forma muito rápida, sobretudo nas últimas quatro décadas. Giacomini et al. (apud ROCHA, 2006)⁷ afirmam que o nosso país conta hoje com mais de 14,5 milhões de idosos. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira⁸. E, a literatura aponta que até o ano 2025 seremos a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, com mais de 30 milhões de pessoas nesta faixa etária, representando quase 13% da população total⁹.

Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re)organizar os modelos assistenciais a fim de proporcionar maior qualidade de vida ao segmento idoso da população, enfocando os aspectos biopsicossociais¹.

Deste modo é necessário considerar que o processo de envelhecimento envolve múltiplas dimensões que dão um caráter complexo ao fenômeno, e a tentativa de compreensão por uma única ótica – a biológica – torna seu entendimento fragmentado¹⁰. Nesse caso, há um forte indicativo de que a velhice não é uma doença que se abate sobre

o corpo, pois há uma constatação clara de que o corpo e a mente realizam com desenvoltura as diversas funções rotineiras, desafiando a idade cronológica^{11,12}.

Assim, no que se refere à cavidade oral, o processo de envelhecimento fisiológico causa poucos eventos desencadeadores de disfunções e incapacidades, mas grande número de estudos revela, de modo geral, que a condição de saúde bucal dos idosos é deficiente¹³.

Abordagem interdisciplinar na atenção ao idoso

O trabalho em saúde depende da colaboração de saberes distintos (científico, técnico, social) e os provenientes de dimensões éticas e políticas. É também um trabalho marcado pela complexidade, ou seja, a diversidade profissional, dos atores, das relações sociais e interpessoais, das tecnologias, da dinâmica e da organização do espaço¹⁴.

Japiassu¹⁵ informa que a maioria das Instituições de ensino investe num ensino muito fragmentado, com intelectuais divididos em departamentos e em linhas de pesquisas por categorias e campos de estudo dialogando apenas com seus membros mais próximos, o que dificulta o contato com outras disciplinas e a articulação entre os saberes. No exercício profissional, este método de ensino contribuirá para uma assistência de saúde fragmentada, com equipes (cirurgiões-dentistas, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, famílias etc.) que não se comunicam e não priorizam saberes e ações educativas que podem contribuir para a humanização do cuidado^{16,17}.

Nesse aspecto, Santos e Cutolo¹⁸ concordam e informam que muitas vezes há dificuldade de interação entre o cirurgião-dentista, enfermeiro, médico e outros profissionais da saúde e talvez a origem da ausência de interação entre os profissionais esteja na graduação, pois cada profissional se forma sem interagir com outros profissionais, sem um espaço comum de atuação que permita a troca de conhecimentos e possibilite a ação coordenada para atingir um objetivo comum.

Essa postura individualista contraria as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde Bucal¹⁹, que ressalta a indissociabilidade da saúde geral e da saúde bucal e garantindo um atendimento huma-

nizado de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal. Brunetti e Montenegro²⁰ também comungam esse conceito e afirmam que alterações bucais têm consequências em todos os órgãos do corpo, por ser a boca a porta de entrada de líquidos e alimentos. E acrescenta que alteração nessa região pode comprometer o funcionamento de um órgão, que, por sua interdependência, ajuda a afetar outros.

Souza e Souza¹⁶ ressaltam que a fragmentação do conhecimento pode ser superada através da interdisciplinaridade e esta implica num reconhecimento dos limites e das potencialidades de cada campo de saber, na direção de um fazer coletivo. Assim, a interdisciplinaridade no trabalho em saúde, pode ser entendida como uma forma de se abordar determinados problemas através da integração e da articulação de distintos saberes e práticas produzindo uma intervenção, uma ação comum, convergindo saberes e relações de poder, prezando o conhecimento e as atribuições de cada categoria profissional.

Nessa perspectiva, as autoras enfatizam que a interdisciplinaridade é um instrumento para se atingir um cuidado mais humanizado e integral, pois objetiva gerar uma intervenção comum relacionada à solução de um problema prático e às demandas do serviço de saúde.

Enfatizando-se um cuidado mais humanizado e integral em relação à saúde bucal, a competência profissional do odontogeriatra precisa incluir uma detalhada avaliação sistêmica, atuação profissional associado a outros profissionais da saúde (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, farmacêuticos, nutricionista etc.), avaliação dos aspectos sociais e psicológicos do idoso para que um planejamento em saúde bucal seja realmente efetivo e satisfatório, respeitando-se a relação às decisões clínicas e desejos por parte do paciente^{2,21,22}.

O diagnóstico precoce do câncer de boca e outras doenças comuns aos pacientes da terceira idade são medidas preventivas que requerem o envolvimento de todos os profissionais que cuidam do idoso, e não só do cirurgião-dentista e na busca de qualidade no atendimento aos seus pacientes o profissional, cuja clientela está focada nos indivíduos da terceira idade, necessita aplicar a interdisciplinaridade na sua rotina de trabalho⁴.

O papel do cirurgião-dentista e dos demais profissionais de saúde em relação a essa faixa populacional é o de orientar os pacientes quanto à importância de se manter a saúde bucal a fim de não comprometer a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo¹.

A capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminui no idoso, porém, isso não o impede de continuar aprendendo, para isso torna-se importante levar em consideração os conhecimentos já existentes por parte dos idosos, bem como suas necessidades e interesses²³.

O idoso e a saúde bucal no Brasil

Dados epidemiológicos apontam que o Brasil é caracterizado como o país dos desdentados²⁴, fator que muito provavelmente detém relação com o tipo de assistência odontológica recebida durante a vida. Portanto, a saúde dos idosos é o resultado de todos os cuidados e agravos a que foram expostos os corpos. No tocante à saúde bucal, isso não é diferente; é até mais acentuado, uma vez que a boca é o espelho que reflete, na velhice, as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham¹¹.

Ao se analisar a história, percebe-se que grande parte da população brasileira não tinha acesso a creme dental, escova, água fluoretada e ao dentista, o que resultou no grande índice de edentulismo²⁵.

Segundo Moimaz et al.¹¹ e Pinto²⁵, existe evidências na literatura da dificuldade de acesso ao tratamento odontológico, pela escassez de profissionais na época ou pelo fato de se viver na zona rural, além do fator alto custo dos tratamentos ou a própria mentalidade, tanto da população quanto dos profissionais. Estes foram fatores que contribuíram para que as perdas ocorressem em idades tão precoces, resultando em elevado índice de edentulismo.

Salienta-se que a procura pelo profissional se fazia em termos emergenciais, inviabilizando o tratamento do dente seja pelo estado avançado de danos ou pela inviabilidade econômica de recuperação. Portanto, a atual condição de saúde bucal precária do idoso é fruto de um passado onde a população não tinha suficiente e adequado acesso aos serviços odontológicos (PINTO apud DIAS et al., 2008)²⁶.

Ainda segundo Dias et al.²⁶, outra situação que muito contribui para agravar o alto índice de edentulismo encontrado entre os idosos brasileiros foi a prática mutiladora ou “exodontia”, empregada durante muitos anos pelos profissionais. Esse procedimento era realizado por não possuírem recursos suficientes para a execução de restauração e/ou tratamentos de problemas mais especializados.

Assim, as perdas dentárias revelam toda uma história da relação do indivíduo com o acesso aos serviços de saúde, em que o modelo tradicional o expôs a uma prática que solucionou pontualmente a dor. Os indivíduos produzidos por este modelo devem reaprender a viver com as perdas dentárias, enfrentando dificuldades e tentando tornar esta nova e estranha situação em algo familiar²⁷.

Conforme afirma Moimaz et al.¹¹, o levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira demonstrou que o índice referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93%. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas consequências (obturações/extração)²⁸.

Em relação aos indicadores epidemiológicos em saúde bucal, o Brasil, ao longo do tempo, tem revelado indivíduos de terceira idade com lesões de mucosa bucal, presença de grande quantidade de bolsas periodontais e uso de próteses inadequadas, além de denunciar uma prática odontológica mutiladora²⁹.

O Projeto SB Brasil 2003, um recente levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira, realizado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 – 2003 constatou que, para a faixa etária de 65 a 79 anos, a média nacional de indivíduos desdentados no arco superior é de 57,9%, e no arco inferior, de 24,8%³⁰. Desta forma, para a área de saúde bucal, a combinação entre indicadores clínicos e pesquisas psicossociais possibilita uma avaliação multidimensional das condições de saúde, mostrando como as desordens bucais e dentárias interferem no cotidiano, bem como estabelecem conexões entre as condições de saúde, o estilo de vida, o status socioeconômico e o acesso aos serviços de saúde em cada grupo social²⁹.

Portanto, a saúde bucal é reconhecida como parte integrante e essencial da saúde geral e também como um fator determinante na qualidade de vida, autoestima e contato social. E, assim como todo o

organismo, as estruturas orais sofrem ação do processo de envelhecimento e as alterações na cavidade bucal, podem comprometer algumas funções, como comunicação, alimentação e autoestima²³.

Deste modo, segundo o autor supracitado os componentes que formam o sistema estomatognático: Ósseos, Musculares, Ligamentosos, Articulares, Vasculares, Nervosos, Língua, Lábios, Bochecha, Dentes e Glândulas salivares são passíveis de sofrerem alterações durante o envelhecimento. O epitélio bucal torna-se mais fino e menos queratinizado, ocorrendo uma diminuição na densidade celular, além de ocorrer também uma diminuição no potencial de regeneração das mucosas e na resistência às doenças. As glândulas salivares diminuem suas secreções com o envelhecimento, dificultando a deglutição.

A xerostomia favorece a formação de placas bacterianas, criando um meio favorável para o crescimento de bactérias cariogênicas. Nos dentes, com o passar dos anos, o atrito faz com que a superfície oclusal e os pontos de contato tornem-se mais aplainados. A língua também se modifica, aumentando no interior da boca do indivíduo desdentado, possivelmente pela transferência de funções fonéticas e mastigatórias à medida que se perdem os dentes³.

De acordo com Rosa et al.¹, um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade de mastigação de 100%. Com a perda de um dente, essa capacidade passa a ser de 70%, podendo chegar a 25% com o uso de próteses totais. A perda de parte da capacidade mastigatória em pacientes portadores de prótese e da sensibilidade mastigatória não está apenas relacionada com o uso de aparelhos protéticos, mas também às condições periodontais satisfatórias desses pacientes.

Para a realização de um tratamento protético é importante conhecer a anatomia da cavidade oral assim como as alterações ocorridas nestes tecidos com a perda dos dentes³¹. O objetivo do tratamento protético é reabilitar funcionalmente a capacidade mastigatória, fonética do paciente e contribuir para uma melhor aparência facial, levando o indivíduo a um convívio social mais agradável³².

Para Matos (apud ROCHA, 2006)⁷, com o envelhecimento, as visitas ao médico aumentam, ao contrário do que ocorre com as visitas ao dentista. A menor frequência de visita ao dentista pode estar refletindo a dificuldade de acesso aos serviços

odontológicos ou uma percepção de não necessidade, devido ao edentulismo. Porém, é falsa a noção de que a ausência de dentes faz desaparecer a necessidade de medidas preventivas, bem como também é falsa a idéia de que o idoso perde os dentes com a idade.

Em relação ao termo Saúde Bucal, Costa (2004 apud ROCHA, 2006)⁷, coloca que não existe, isoladamente, saúde da boca, do coração, do pulmão etc. Mas, que a saúde resulta da harmonia/equilíbrio no todo que é o organismo. Portanto, reafirma-se que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral. Assim, uma vez comprometida, afeta a saúde geral, comprometendo a nutrição, a fala e o bem-estar físico e social do idoso. Com isso, as perdas dentais acabam decorrendo de uma saúde bucal precária, relacionada aos fatores sociodemográficos como raça, baixa renda, uso de tabaco, gênero e baixa escolaridade³.

Impactos do edentulismo sobre a vida do idoso

Atualmente, sabe-se que quando bem tratados, os dentes naturais podem permanecer durante toda a vida do indivíduo, demonstrando que o edentulismo não é uma consequência natural do envelhecimento. Além disso, causas comuns de perda dental são processos altamente controláveis com a tecnologia atual³³.

A cavidade oral, antes de ser um órgão, representa um local nobre no corpo humano, por propiciar a missão biológica de sobrevivência física (alimentação), sobrevivência social (comunicação), autoestima e autovalorização (estética /boa aparência), aspectos afetivos (beijo), dentre outros. Nessa perspectiva, a boca não pode ser analisada apenas como uma simples parte do corpo, mas como porta de entrada e saída para a vida¹¹.

Segundo Dias et al.²⁶, a atual condição de saúde bucal do idoso brasileiro ainda se encontra muito debilitada. É grande o número de edêntulos que caracterizam essa parcela da população e ainda é elevado o número de idosos que possuem necessidade de prótese seja ela parcial ou total, os prejuízos na capacidade de mastigação e consequentemente na qualidade de vida, se fazem presentes na mesma proporção.

E, considerando então que as extrações dentárias são definitivas, há de se observar que, para este grupo etário, as perdas dentárias trazem ou-

tros agravos à saúde, como comprova Moriguchi (apud PIUVEZAM et al., 2006)²⁷ ao afirmar que o edentulismo após os 60 anos afeta a mastigação, gustação, digestão, linguagem e fonação, e estética que irão influenciar os seus aspectos psicossociais

■ Mastigação, gustação e digestão

As perdas dentárias assinalam mudanças físicas, biológicas e emocionais, uma vez que a ausência dos dentes produz uma autopercepção de estranhamento bucal, de mudança de hábitos bucais e cotidianos³⁴.

A dificuldade de saborear os alimentos e a limitação mastigatória representam problemas enfrentados pelos idosos em geral. Esta dificuldade de se alimentar interfere na mastigação do alimento, trazendo consequências negativas para a digestão, além de facilitar o aparecimento de determinadas doenças. O ato de comer pode retratar a satisfação de um desejo, o que estabelece uma relação entre a alimentação e o prazer, e, assim, os sujeitos encontram-se impelidos a suprimir seus desejos²⁹.

Deste modo, os idosos edêntulos ou com número reduzido de dentes podem apresentar a função mastigatória comprometida, o que pode levá-los a escolher os alimentos que lhe dão maior conforto mastigatório, que são na maioria das vezes, ricos em carboidratos e gorduras, contribuindo fortemente para as alterações na saúde bucal, como cárie, doença periodontal e posteriormente a perda do dente. Devido à procura por alimentos mais macios, o idoso priva-se de alimentos como carne, frutas, entre outras, causando um déficit nutricional em seu organismo³.

A mudança de uma dieta saudável para uma dieta com predominância de carboidratos e alimentos menos consistentes pode não conter os nutrientes adequados às necessidades biológicas, causando estados anêmicos e apáticos em pessoas mais susceptíveis³⁵.

■ Linguagem e fonação

A boca constitui um elemento de comunicação por excelência. Assim, a perda dentária provoca limitação fonética, vivenciada através da dificuldade e, até mesmo, da impossibilidade de pronunciar corretamente as palavras, o que acaba impondo ao sujeito uma comunicação/expressão desfavorável³⁶.

Tendo em vista que as ações de se comunicar e se alimentar integram o ser humano com o meio no qual se encontra, a fala é vista como uma ferramenta que mantém o indivíduo agregado à sociedade, quando impedido de realizar as atividades sociais devido aos problemas na comunicação, este apresenta tendência ao isolamento²³.

■ Dificuldades de adaptação à prótese

Como citado anteriormente, o edentulismo continua sendo um problema de saúde bucal que acomete adultos e idosos no Brasil. Na rede pública de saúde, até recentemente, não havia opção para quem necessitasse de tratamento reabilitador por meio de próteses dentárias³⁷ e segundo dados do Ministério da Saúde, até 2003, menos de 3,5% dos serviços odontológicos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) representavam tratamentos especializados³⁸.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa “Brasil Sorridente” e, dentre suas linhas de ação, consta a reorganização da atenção básica e especializada, por meio da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)¹⁹. Com o lançamento desse Programa, Rezende et al.³⁷ informa que a população brasileira passou a ter maior acesso a tratamentos odontológicos especializados por meio do SUS.

Uma pesquisa conduzida por Rezende et al.³⁷ no CEO de Maringá-PR, no período de 2006-2007, com 39 pacientes com idade entre 61 e 76 anos, demonstrou que mais da metade dos indivíduos da amostra (51%) tiveram dificuldade para usar as próteses. As mudanças que ocorrem na cavidade bucal com o envelhecimento podem dificultar a adaptação às próteses³⁷. Esta dificuldade ocorre, pois segundo Campostrini e Zenóbio³⁹ além do processo de reabsorção alveolar há ainda, atrofia e diminuição da espessura do tecido epitelial, perda da elasticidade e diminuição do fluxo salivar, tornando mais susceptíveis lesões na cavidade bucal associadas ao uso de próteses dentárias.

Nem sempre o paciente adapta-se a necessidade de utilização de próteses. Em função de seu uso surge a necessidade de selecionar alimentos e/ou alterar a forma de consumi-los, assim, esse sujeito vê ausentar-se de seu cardápio de alimentos que lhe são preciosos seja sob o ponto de vista pessoal ou nutricional²⁶.

Ainda conforme o autor, o uso da prótese visa à superação de uma falha corporal, sendo um recurso de retorno ao padrão estético exigido pela sociedade. Em se tratando de prótese removível, o processo de higiene bucal exige a retirada da prótese para a limpeza adequada. Isso tende a gerar constrangimentos ao portador. Nem sempre há um local privado para este procedimento, sobretudo quando em ambientes públicos tais como restaurantes e similares.

Deste modo, este fator representa uma resistência ao novo, pois o indivíduo traz consigo uma memória biológica e afetiva em relação aos dentes naturais. Ao ser exposto à inevitabilidade do edentulismo, o sujeito terá que se readaptar aos processos da mastigação, deglutição e digestão. O senso comum evidencia esta resistência ao novo, uma vez que no discurso social existe um conhecimento circulante a respeito das limitações impostas da prótese, que não devolve ao indivíduo a condição de saúde bucal advinda dos dentes naturais²⁷.

■ Insatisfação estética

A insatisfação estética desencadeia estímulos negativos na autoestima e autovalorização do indivíduo, tendo impacto direto nas relações sociais e afetivas, fazendo emergir a relação entre o feio/bonito. Esta relação é uma questão inerente ao processo de envelhecimento, e a ausência dos dentes acentua as linhas de envelhecimento e as rugas, alterando o rosto. Mesmo o uso de prótese, que é um tratamento reabilitador, não consegue devolver a este sujeito a mesma conformação da face quando da presença dos dentes naturais²⁹.

Deste modo, o sorriso e a estética são muito lembrados quando se diz respeito à saúde bucal. O sorriso anuncia bem-estar, alegria, segurança, autossatisfação, satisfação em relação ao outro. A inibição do sorriso acontece quando o indivíduo não está realizado com a aparência da boca, o que traz consequências para essa pessoa, pois destrói a postura desejável, diminuindo a autoestima, além de impedir a demonstração de alegria, prejudicando o convívio social²³.

E, para Przylynski et al.²³ e Brunetti e Montenegro²⁰, a tendência do ser humano frente a alguma alteração é a dificuldade de convívio com outras pessoas, o que inicialmente leva ao isolamento social, e se não for tratado, pode levar à depres-

são. Com isso, depreende-se que a boa aparência é elemento facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros; aprendeu que sua imagem conta mais que a experiência, a habilidade, os afetos e o caráter, uma vez que será julgado, inicialmente pela visibilidade exterior.

■ Erotismo e Saúde Bucal

A boca e os dentes, como órgãos funcionais e naturalmente dispostos, escondem uma trama de desejos e sentimentos⁴⁰. De acordo com Moimaz et al.¹¹, ao abrir a boca para o dentista, as pessoas não estão só demonstrando um órgão, estão demonstrando parte de si; de certa forma, parte de sua personalidade, do seu jeito de ser e do autocuidado. Assim, por vezes, as pessoas podem se sentir reprimidas por alterações da boca, de modo que tal fator intervenha negativamente na sua autovalorização de beleza e vigor.

No Brasil o idoso ainda sofre muitas repressões culturais, sendo impelido a seguir normas de comportamento identificadas como compatíveis à sua faixa etária⁴¹. Na realidade, a sexualidade no idoso é sempre revestida de muitos tabus. Os idosos desdentados podem ainda desfrutar de uma vida sexual, embora se saiba que as atividades sexuais em grande parte concentram-se no prazer oral e este poderá estar abalado em função de precárias condições dentárias e periodontais¹¹.

Silva et al.⁴¹ acrescenta que para os idosos, principalmente para aqueles que tiveram uma educação rígida, não é fácil conversar sobre sexualidade e enfoca que os profissionais de saúde são os mais indicados para orientá-los.

■ Prejuízos Psicossociais

Os significados da ausência dos dentes irão variar dependendo da relação do indivíduo com seu corpo e com o grupo social a que pertence. Deste modo, observa-se que as expectativas e as representações destas perdas dentárias sinalizam a necessidade de múltiplos olhares no sentido de compreender suas consequências no cotidiano dos idosos²⁹.

A boca ocupa um lugar de importância para as pessoas da terceira idade, que expressa através

do sorriso os sentimentos de alegria, de sedução, além de também estar vinculada a uma ideia de sobrevivência e bem-estar pessoal. A boca desdentada, então, no processo de envelhecimento adquire significados que interdependem de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e fisiológicos²⁷.

A ausência dos dentes traduz-se ainda em um sentimento - *dor*, elemento enquanto sintoma biológico reflete uma condição individual e subjetiva com repercussão na qualidade de vida dos indivíduos, suscitando modos de enfrentamento e receio de um novo episódio, que podem justificar para si e para o contexto social a perda dentária²⁹.

Ainda de acordo com os autores, pode-se observar que, embora este indivíduo tenha condições econômicas de utilizar uma prótese bem adaptada, o fato de ser desdentado pode lhe trazer desconfortos no seu ambiente social, sobretudo atualmente, em que o discurso hegemônico circulante o submete ao padrão dos dentes brancos e perfeitos.

Deste modo, ao não se enquadrar nesse padrão, por ser desdentado, o indivíduo pode estar sujeito à rejeição social e ao preconceito, e, provavelmente, esta inquietação o faz ter dificuldade em assumir-se desdentado. E acabam, muitas vezes, reagindo de forma conformista e depressiva, enfrentando a perda dos dentes como algo próprio à idade, mostrando-se passivos diante da situação²³.

Higienização oral adequada

A higiene oral adequada ajuda a manter dentes, boca e lábios saudáveis, removendo restos alimentares, que são os principais causadores de problemas bucais, suavizando os odores e gostos desagradáveis, proporcionando uma sensação de conforto e bem-estar⁵.

Deve-se higienizar os dentes com escova macia, pelo menos 3 vezes ao dia, segurando a escova de modo que ela faça um ângulo de 45° com as gengivas e os dentes. As gengivas também devem ser escovadas. É urgente a conscientização dos cuidadores em atentar para a saúde bucal do idoso, pois muitos destes possuem alteração na cavidade oral pelo simples fato de nunca terem sido orientados a manter uma higienização correta^{5,23}.

Algumas doenças como Parkinson, Alzheimer, artrite, diabetes, câncer e outras perdas funcionais com prejuízo manual e visual, podem afetar a saúde bucal. Desta forma, o idoso dependente tende a apresentar inadequadas condições bucais em relação ao independente, por não realizar seu autocuidado³.

Como grande parte dos idosos faz uso de prótese, as orientações devem ser centralizadas no cuidado com as mesmas, que é similar ao desenvolvido com os dentes. O idoso deve retirar a prótese para a escovação e, antes de reintroduzi-la na cavidade oral, as gengivas e a língua devem ser limpas com uma escova macia. Massagear as gengivas com uma escova ou o polegar ajuda a estimular a circulação e a enrijecer a mucosa oral. As dentaduras devem ser removidas à noite, a fim de expor os tecidos ao ar²³.

Para a higienização de próteses parciais e totais removíveis Vasconcelos et al.⁴² elucida que estão disponíveis métodos mecânicos (escova; creme dental ou sabão neutro) e químicos de limpeza (solução antisséptica; ácido acético; hipoclorito de sódio), sendo mais comumente utilizado o método mecânico. E alerta que não se deve usar pós para polir as próteses, pois podem conter produtos ácidos em sua composição, os quais podem provocar o surgimento de microporosidades, e ocasionar a adesão de partículas de alimentos, acarretando um cheiro e um aspecto desagradável.

Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo que apresentem pouco ou nenhum dente remanescente. Sendo ainda muito importante que a família do idoso esteja atenta 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. Deve-se sempre observar a necessidade de encaminhamento ao médico para que ateste as condições de saúde do paciente e confirme se ele está apto ou não para a realização do tratamento¹.

A higienização bucal deve ser tratada com relevância, pois é capaz de proporcionar melhoras na qualidade de vida do idoso, uma vez que quando efetiva, diminui os principais problemas bucais e outros problemas de saúde sistêmica²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que o Brasil está caminhando para um envelhecimento demográfico e, com o envelhecimento é natural o organismo apresentar funcionamento mais lento. Com essas mudanças surgem várias limitações e doenças que acometem o indivíduo tanto fisiologicamente quanto psicologicamente. Podem ser observadas alterações importantes na região bucomaxilofacial: perda o tônus muscular; xerostomia; alterações na língua; mudanças estruturais no esmalte dentário; perda dentária e exposição das raízes dentárias.

Além disso, com o envelhecimento, o idoso pode apresentar alterações sistêmicas sendo importante as orientações dos profissionais de saúde para que haja conscientização e mudança de hábitos desses indivíduos. Quanto ao aspecto psicológico pode ocorrer no idoso alterações na capacidade de comunicação, na memória e na atenção. Considerando estas alterações fisiológicas e psicológicas que acometem os idosos é necessário que os profissionais envolvidos no atendimento desses pacientes entendam que muitas alterações sistêmicas apresentam manifestações orais e na tentativa de melhorar a qualidade de vida destes cabe um atendimento por uma equipe utilizando uma abordagem interdisciplinar.

Assim, a prática do cuidado às pessoas idosas exige uma abordagem global - interdisciplinar. Deste modo, todo profissional envolvido no cuidado ao idoso deve procurar promover a qualidade de vida. Pois, a promoção do envelhecimento saudável, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e autônoma, deve ser reconhecida a meta de toda ação de saúde. Afinal de contas, a promoção e prevenção em saúde não terminam quando se faz 60 anos.

REFERÊNCIAS

1. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglioni C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade. *RFO UPF* 2008, mai-ago; 13(2):82-86.
2. Saintrains MVL, Vieira LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, jul-ago; 13(4):1127-1132.
3. Freitas EV, Xavier FA. Tratado de geriatria e gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.
4. Domingos PAS, Moratelli RC, Oliveira ALB. Atenção odontológica integral ao idoso: uma abordagem holística. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 2011, mai-ago; 23(2):143-53.
5. Papaléo Netto M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
6. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO global oral health programme. *Community Dental Oral Epidemiology*. 2005, 33:81-92.
7. Rocha RC. Integralidade no cuidado ao idoso: a saúde bucal como possibilidade para a saúde suplementar [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Gama Filho, 2006.
8. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
9. Alves MSCF, Medeiros Junior A, Pires JAS, Queiroz CMF, Piuvezam G, Silva PG, et al. Promoção de saúde e vida na terceira idade. *Revista Rio Grandense de Odontologia*. 2005, 41:97-102.
10. Goldman SN. As Dimensões Sociopolíticas do Envelhecimento. In: PY, Ligia et al. *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, 61-82.
11. Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009, 12(3):361-375.
12. Neto PL. A Musicoterapia como tratamento coadjuvante à Doença de Parkinson [dissertação]. PUC-SP. 2006.
13. Cassal JB. A Influência das condições de saúde bucal do idoso no seu estado nutricional: uma revisão de literatura. UFRS. 2008.
14. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, jul-ago; 13(4):1143-1151.
15. Japiassu H. O sonho transdisciplinar e as razões da filosofia. 1st ed. Rio de Janeiro: Imago; 2006.
16. Souza DRP, Souza MBB. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet]. 2009, 11(1):117-23.
17. Sinatra LS, Braga EC, Silva MO, Miranda AF, Montenegro FLB. A Odontologia contribuindo nos aspectos biopsicossociais do idoso: relato de caso. *Revista Portal de Divulgação*. 2011, ago; 13. 18. Santos MAM, Cutolo LRA. Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2004, 33(3).
19. Brasil. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando a exclusão social: relatório final, 29 de julho à 1 de agosto de 2004. Brasília; 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm> Acessado em: 08/abr/2012.
20. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
21. Macentee M. Quality of life as an indicator of oral health in older people. *JADA*. 2007, 138:475-525.
22. Garbin CAS, Moimaz SAS, Santos CLV, Pizzatto E, Saliba NA. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. *Ciênc. Odontol. Bras*. 2004, jul-set; 7(3):72-8.
23. Przylynski DS, Pelzer MT, Santos SSC, Silva ME, Costa CFS, Gasparim AB. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma instituição de longa permanência. *Cogitare Enferm* 2009, out-dez; 14(4):696-702.

24. Jones JA, Orner MB, Spiro A, Kressin NR. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *Internacional Dental Journal*. 2003, 53:327-34.
25. Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. (coord.). ABRO-PREV: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997, 27-42.
26. Dias LCS, Cordeiro GP, Oliveira LS, Pereira VG, Rodrigues SM, Dias CA. Interferência da condição de saúde bucal do idoso em sua vida social e afetiva. In: Anais do XIII seminário sobre economia mineira, 2008.
27. Piuvezam G, Ferreira AAA, Alves MSCF, Soares SCM, Souza LB. As perdas dentárias sob a ótica do idoso. *Odontologia. Clín.-Científ*, Recife. 2006, out-dez; 5(4):299-306.
28. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2005, nov-dez; 21(6).
29. Piuvezam G, Ferreira AAA, Alves MSCF. Enfrentando as perdas dentárias na terceira idade: um estudo de representações sociais. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2006, 14(4):597-614.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://cfo.org.br/saude-bucal/saude-bucal/> Acessado em: 05/mai/2012.
31. Assunção WG, Shiwa M, Gennari FH, Goiato MC, Barbosa DB, Tabata LF. Anatomia para-protética: importância em prótese total. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004, jan-jun; 25(1):57-64.
32. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Barboza CAG, Duarte ARC. Avaliação da função mastigatória: revisão de literatura. *Odontol. Clín.-Cient*. Recife. 2011, out-dez; 505-510.
33. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1999, out; 53:279-82.
34. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção de idosos, Goiânia, 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2006, 11(1):191-199.
35. Unfer B, Braun K, Silva CP, Filho LDP. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface (Botucatu)*. [online]. 2006, 10(19):217-226.
36. Piuvezam G. Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade [dissertação]. UFRN, Natal, 2004.
37. Rezende RI, Mori AA, Gonçalves CL, Pavan AJ. Prótese dentária na saúde pública: resultados de um centro de especialidades odontológicas no município de Maringá – PR. *Rev Odontol UNESP, Araraquara*. 2011, jan-fev; 40(1):12-17.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/cnsb/brasil_sorridente.php Acessado em: 10/abr/2012.
39. Campostrini EP, Zenóbio EG. Avaliação pelo odontólogo. In: Maciel A. *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter. 2002, 179-207.
40. Kovaleski DF, Freitas SFT, Botazzo C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006, 11(1):97-103.
41. Silva EMM, Silva Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AÚR, Marchiori AV. Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. *Rev. Ciênc. Ext*. 2005, 2(1):71.
42. Vasconcelos RG, Vasconcelos MG, Barboza CAG, Duarte ARC. A importância da orientação adequada relacionada à higienização oral em pacientes reabilitados com próteses dentárias: revisão de literatura. *Odontol. Clín.-Cient*. Recife. 2011, out-dez; 523-527.

