

ODONTOLOGIA GERIÁTRICA PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DE SAÚDE AO ALCANCE DO CLÍNICO GERAL

Cristiane Mara Ruiz de Souza*
Lígia Antunes Pereira Pinelli**
Alessandra Aranega**

SOUZA, C.M.R.; PINELLI, L.A.P.; ARANEGA, A. Odontologia geriátrica promoção e manutenção de saúde ao alcance do clínico geral. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 1(1): 59-63, 1997.

RESUMO: O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno característico em diversos países e dados demonstram que a vida média vem sofrendo considerável aumento. O atendimento odontológico ao paciente geriátrico está sendo abordado na literatura com frequência notável nos últimos anos. No entanto, se comparada à literatura internacional, pouco se fala de Odontogeriatría no Brasil. Neste artigo, as autoras relatam, brevemente, dados obtidos na literatura a cerca deste tópico. São abordadas algumas alterações fisiológicas e patológicas que freqüentemente acometem o idoso e quais suas implicações no tratamento odontológico, evidenciando a importância de realizar uma anamnese bem detalhada. Com os dados obtidos, pôde se chegar à conclusão que, se devidamente informado, o Cirurgião-Dentista pode prestar atendimento satisfatório a esta parcela crescente da população.

PALAVRAS-CHAVE: Odontogeriatría; Clínico geral.

GERIATRIC ODONTOLOGY: PROMOTION AND MAINTENANCE OF HEALTH WITHIN THE GENERAL CLINICIAN'S REACH

SOUZA, C.M.R.; PINELLI, L.A.P.; ARANEGA, A. Geriatric Odontology: promotion and maintenance of health within the general clinician's reach. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 1(1): 59-63, 1997.

ABSTRACT: The populacional aging is nowadays a characteristic phenomenon in many countries and the data show that the average lifespan is increasing considerably. The odontologic care to the geriatric patient is being highlighted on the literature with marked frequency on the last years. Nevertheless, when compared with the international literature, there is only a few on Odontogeriatría in Brazil. In this article, the authors briefly report the data obtained from the literature about this topic. Some physiological and pathological alterations that frequently impinge upon the elderly are discussed, as well as their implications on the odontologic treatment, evidencing the importance of a detailed anamnesis. With the data obtained, it could be concluded that, if correctly informed, the surgeon-dentist can give a satisfactory service to this increasing fraction of the population.

KEY WORDS: Geriatric odontology; General clinician.

Introdução

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal característico tanto dos países desenvolvidos, como de modo crescente, do 3º mundo. Isto deve-se à queda dos índices de natalidade e mortalidade, o que faz com que ocorra preponderância da população de idosos (PINTO, 1987).

Projeções demográficas indicam que de 1980 até o ano 2000 o aumento nesta população será de 236%, contra 120% da população geral. No Brasil, este aumento será de 15 vezes contra 5 vezes da população total, colocando-o no ano

2025, como a sexta população de idosos do mundo, em termos absolutos (PINTO, 1987; UMINO & NAGAO, 1993).

A própria vida média vem sofrendo considerável aumento desde 1940, quando era de 40 anos. Atualmente a expectativa de vida é de 64,5 anos para os homens, e 70,4 para as mulheres. Acredita-se que até 2020 aumente em torno de 5 anos e que o Brasil terá por volta de 34 milhões de habitantes com idade igual ou maior que 60 anos, sendo que estes estarão concentrados nas áreas economicamente mais desenvolvidas (sul e sudeste) e nos estratos sociais privilegiados (PINTO,

* Docente de cirurgia do Curso de Odontologia da Universidade Paranaense. Aluna do Curso de Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP.

** Acadêmicos do curso de mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba - UNESP.

1987).

A repercussão deste aumento na sociedade é considerável, particularmente no que diz respeito à saúde. É importante assinalar que os indivíduos desta faixa etária têm características biológicas peculiares, além de estarem mais sujeitos a doenças, dentre as quais determinados processos mórbidos, principalmente degenerativos e neoplásicos (UMINO & NAGAO, 1993). A forma com que as enfermidades se manifestam e sua resposta à terapêutica tem aspectos específicos que fazem com que seja necessário encará-los de modo particular, gerando a necessidade de estudos mais aprofundados destas suas características (MADEIRA *et al.*, 1987; MORIGUCHI, 1990; PAPAS *et al.*, 1991; UMINO & NAGAO, 1993).

O conceito de risco cirúrgico elevado no idoso começa a ser abalado quando se consideram as expectativas de vida por década, a qual suplanta, e de forma otimista, a sobrevivência de pacientes com doenças neoplásicas tratados “curativamente”.

Sendo a idade não mais um fator limitante ao tratamento, faz-se necessário um conhecimento mais minucioso da fisiologia e da patologia geriátrica e dos procedimentos operatórios, medicamentosos e ou cirúrgicos, que melhor estejam adaptados às condições biológicas específicas do idoso. Para isto, é importante o conhecimento dos cuidados pré, trans e pós-operatório odontológicos, que permitam otimizar o tratamento (BOOCK, 1990; MADEIRA *et al.*, 1987; PINTO, 1987; STORCH & BELLAGAMBA, 1982).

Desta forma, é objetivo deste trabalho expor alguns dados, obtidos na literatura, a respeito do organismo idoso e correlacioná-los ao tratamento odontológico.

Desenvolvimento

Para melhor compreensão dos dados obtidos na literatura, dividiremos o envelhecimento em: envelhecimento orgânico normal e envelhecimento orgânico associado à patologia. Serão desenvolvidos a seguir os tópicos acima mencionados:

Envelhecimento normal

Após atingir a maturidade, o organismo passa por alterações fisiológicas, sendo as mais frequentes (GUIMARÃES *et al.* 1989; MORIGUCHI, 1990; UMINO & NAGAO, 1993):

- alteração na conversão das proteínas;

- fibrose associada ao aumento do colágeno e diminuição da substância fundamental;
- redução da elastina e declinação da reprodução celular;
- alterações da microcirculação (proliferação da camada íntima), e,
- declinação do metabolismo e absorção do cálcio.

Estas mudanças, consideradas normais, resultam em:

- desagregação dos mecanismos fisiológicos de integração e controle, e,
- redução gradual da capacidade funcional da maioria dos órgãos.

Assim sendo, teremos:

- comprometimento e diminuição das funções cardiovasculares e pulmonares;
- menor reserva renal (queda de 30 a 50% da filtração glomerular);
- deficiências hormonais;
- maior susceptibilidade às infecções e atraso no reparo de feridas; e,
- maior tempo para adaptar-se ao estresse físico e psicológico.

Envelhecimento associado a patologias

Como já dito, o envelhecimento, além de apresentar as alterações acima citadas vem, muitas vezes, acompanhado de alterações patológicas, adquiridas ao longo da vida, sendo alta a incidência de enfermidades crônicas. Dentre estas patologias, as mais frequentes são (GUIMARÃES *et al.*, 1987; MORIGUCHI, 1990; UMINO & NAGAO, 1993):

- doenças cardiovasculares (hipertensão, arteriopatas coronárias, acidentes vâsculo-cerebrais);
- doenças respiratórias (enfisema, bronquiectasias, bronquites crônicas);
- nefropatias;
- hepatopatias;
- diabetes;
- insuficiência corticossuprarrenal;
- enfermidades tireóideas; e
- anemia.

As alterações fisiológicas e/ou patológicas do organismo idoso atingem também o sistema estomatognático, sendo frequente: atrição dentária, perda de dentes, atrofia do osso alveolar e osso basal, alterações na mucosa oral, na A.T.M., na língua, na qualidade e composição da saliva, da ecologia

microbiana, aumento da incidência de neoplasias malignas e outras (JITOMIRSKI & JITORMIRSKI, 1987; PAPAS, 1991).

Uma vez conhecidas estas alterações, devemos relacioná-las ao tratamento odontológico:

Correlação dos Dados Obtidos com o Manejo do Paciente Geriatra

Considerando-se as diferenças fisiológicas, patológicas e psicológicas dos idosos, é imprescindível modificar seu tratamento odontológico mesmo que o procedimento operatório seja tecnicamente igual àquele oferecido aos demais pacientes.

Devemos sempre considerar que estes pacientes apresentam baixa resistência ao estresse, atraso no reparo de feridas, susceptibilidade a infecções naqueles que tomam grandes doses de corticosteróides; potencialização de analgésicos e sedativos naqueles que usam prometacina, finotiacina e hipotensão postural naqueles que tomam tranquilizantes ou anti-hipertensivos, além de alterações da coagulação em casos de uso de anticoagulantes (BRICKMAN & EISDOFER, 1992).

Por razão de conveniência, dividiremos os cuidados em pré, trans e pós-operatórios:

Cuidados pré-operatórios

É fundamental determinar a capacidade física e emocional do paciente. A anamnese deve ser eficiente, para que possamos reconhecer os problemas sistêmicos e, se não for possível evitar as complicações, devemos nos prevenir para reduzir suas seqüelas.

É difícil realizarmos um interrogatório exato nos idosos, pois podem apresentar deficiência de memória, apresentam problemas auditivos, dificuldade para entender e responder às perguntas, bem como para expressar impressões psicológicas de situações adversas, apresentando dados mascarados e limiar elevado para a dor, o que pode dificultar o diagnóstico. As patologias podem ter sintomatologia atenuada e nem por isto serem menos graves. As informações obtidas devem ser valorizadas. Devemos recorrer à ajuda do acompanhante e manter contato com o médico que o atende para obtenção de dados adicionais (BRICKMAN & EISDOFER, 1992; GRYPONPRE, 1991; GUIMARÃES, 1989). Utilizar o exame físico para

detectar sinais de enfermidades sistêmicas, considerando as possíveis implicações no aparelho estoma-tognático. Nesta oportunidade, devemos avaliar o grau de autonomia e motilidade que o paciente apresenta, pois estes são indicadores de saúde. É prudente delimitar a acuidade visual, já que a deficiência de visão pode resultar em confusão na hora da medicação. Observar, também, se existe limitação de movimentos (artrite, perda de função por acidentes e outros) considerando a manipulação de agentes de higiene bucal e até mesmo de medicamentos. Verificar, a cada sessão, pressão arterial, pulso, frequência respiratória, edema nos tornozelos e veias dilatadas no pescoço. Quadros anêmicos devem ser corrigidos, assim como avitaminoses e desequilíbrios proteicos ou eletrolíticos. Quando do uso de medicações que possam interferir no tratamento, alterar a posologia, sempre em conjunto com o médico. A combinação de drogas pode resultar no aparecimento de novos sintomas. Devemos adequar a posologia às características do paciente, evitando superdosagens. Considerar que a incidência de auto-medicação nesta população é grande e nem sempre comunicada durante a anamnese. A prescrição de drogas sem objetivo bem definido é condenável, pois até mesmo as vitaminas podem gerar reações adversas (GRYPONPRE, 1991; PAPAS, 1991; SERRO-AZUL, 1981). O estresse deve ser reduzido por meios psicológicos, explicando ao paciente o que será feito, sanando suas dúvidas e em casos extremos, fazer uso bastante criterioso de meios farmacológicos. Cabe ressaltar que benzodiazepínicos têm seu efeito potencializado com o uso de álcool e alguns anti-hipertensivos (BRICKMAN & EISDOFER, 1992). Avaliar também, a necessidade e oportunidade da intervenção, qual o anestésico a ser usado, bem como a técnica operatória a ser empregada.

A maioria dos pacientes idosos toleram melhor os procedimentos quando estes são realizados pela manhã; exceção seja feita aos portadores de enfermidade pulmonar crônica.

Cuidados trans-operatórios

Evitar erros e improvisações. Optar por sessões breves e procedimentos não extensos, conversando sempre com o paciente para diminuir o estresse. A cadeia asséptica deve ser rigorosamente

mantida. As alterações estomatognáticas devem ser consideradas, alterando aquilo que for necessário, buscando realizar procedimentos que sejam realmente eficientes ao paciente e coerentes com suas limitações (JITOMIRSKI & JITOMIRSKI, 1987; PAPAS, 1991).

Dentre os procedimentos realizados no consultório odontológico, os cirúrgicos requerem maiores cuidados: devemos minimizar o trauma, na intenção de favorecer o reparo da ferida; manejar os tecidos delicadamente, mantendo boa irrigação sanguínea, com acesso satisfatório. É importante usarmos técnicas hemostáticas eficientes para diminuir o sangramento. A sutura, usando agulhas atraumáticas e fios com indicação correta, deve ser feita com pontos interrompidos, para menor comprometimento da irrigação sanguínea, a coaptação dos tecidos deve ser adequada, para evitar sangramento, hematomas e equimoses. Sempre que possível, proteger as feridas cirúrgicas (PAPAS, 1991; STORCH & BELLAGAMBA, 1982; UMINO e NAGAO, 1993).

A doença periodontal apresenta-se de forma crônica, progressão lenta, estando diretamente relacionada à manutenção da higiene oral e à nutrição do paciente. Cirurgias periodontais apresentam resultados satisfatórios, apesar da cicatrização ser lenta; sendo limitadas em caso de comprometimento sistêmico severo. Deve-se considerar que alguns medicamentos levam à xerostomia, o que aumenta a facilidade de aderência da placa bacteriana. Muitas vezes, o uso da saliva artificial está indicado, pois, embora não apresente atividade antibacteriana semelhante à saliva natural, alivia os sintomas. O uso de flúor e substâncias antissépticas pode ser instituído desde que sejam devidamente prescritos e de fácil manipulação (PAPAS, 1991).

Com relação a procedimentos endo-dônticos observa-se em geriatras uma esclerose dentinária que oclui os túbulos, bem como calcificações distróficas, o que pode dificultar o acesso durante a instrumentação e obturação do canal. A irrigação e vascularização pulpar estão deficientes, fazendo com que o capeamento ou a pulpotomia apresentem índices elevados de insucesso (PAPAS, 1991).

Outra patologia muito freqüente nestes indivíduos são as cáries de raiz, podendo ser tanto incipientes quanto rampantes. Podem ser decorrentes de problemas periodontais que, após a retra-

ção gengival, expõem a superfície radicular à atuação dos microrganismos cariogênicos. Os procedimentos restauradores seguem os padrões convencionais, no entanto, o material restaurador a ser empregado deve considerar as condições de higienização do paciente (PAPAS, 1991).

Não foram encontrados dados que contra indiquem a confecção de elementos protéticos, desde que estes sejam cuidadosamente planejados, considerando as necessidades e condições de manutenção de cada um.

Cuidados pós-operatórios

A falta de assistência após o tratamento pode comprometer seu sucesso, principalmente se nos referirmos à intervenção cirúrgica. É da responsabilidade do cirurgião as instruções corretas para o paciente, esforçando-se para que ele as cumpra. Essas instruções devem ser verbais e por escrito, para o paciente e seu acompanhante. Considerando-se os efeitos nocivos do estresse, é fundamental controlar a dor no pós-operatório. É preferível que sejam administradas pequenas doses de analgésicos, a intervalos pequenos, antes que a dor se intensifique. Os narcóticos devem ser evitados.

A antibioticoterapia preventiva é necessária em algumas enfermidades. Na possibilidade de bacteremia, a antibiótico-terapia pré-operatória deve continuar. É imprescindível que o paciente (ou responsável) esteja consciente da necessidade da medicação. Há uma tendência natural para perda de apetite e dificuldade na alimentação, quando têm feridas bucais. É importante que o idoso tenha uma nutrição e hidratação adequada. Devemos, também, orientar o deambular e a movimentação do paciente (para evitar trombose venosa e embolia pulmonar, retenção urinária e outros), não nos esquecendo de que ele necessita de repouso (GRYMONPRE, 1991; MORIGUCHI, 1990).

A realização de procedimentos restauradores, bem como os protéticos, devem considerar a habilidade e disposição para a manutenção destes tratamentos, uma vez que os pacientes podem se apresentar com limitações motoras devidas a enfermidades que os tenham acometido.

Conclusão

Com base nos dados obtidos na literatura, pode-se concluir que as adaptações necessárias ao

melhor atendimento do idoso apesar de não serem poucas, são de fácil realização. O Cirurgião-Dentista que tenha interesse, e necessidade de prestar atendimento a essa parcela da população, que cresce cada vez mais, deve ater-se às alterações fisiológicas e patológicas do idoso e adaptar seu tratamento às reais necessidades do paciente.

Referências Bibliográficas

- BOOCK, E. C. P. Odontologia Geriátrica, **Odonto Caderno Documento**, 1 (3): 88-90, 1990.
- BRICKMAN, A. L.; EISDOFER, C. Ansiedade no Idoso. In: BUSSE, E. W., BLAZER, D. G. **Psiquiatria Geriátrica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p. 227-232
- GRYMONPRE, R. Challenges Associated with Drug Use in the Elderly: Implications form Dentistry, **Journal of the American Geriatrics Society**, 57 (3): 203 - 7, 1991.
- GUIMARÃES, R. M.; *et al.* Avaliação do paciente geriátrico. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e Sintomas em Geriatria**. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 7-27.
- JITOMIRSKI, F; JITOMIRSKI, S. Odonto-geriatria: A Odontologia do Futuro. **Fase II**, 2 (1): 5-9, jan./jul., 1987.
- MADEIRA, A. A.; *et al.* Odontogeriatrics : Uma Necessidade Curricular. **Rev. Bras. Odont.** 44 (3): 6-12, maio/jun., 1987.
- MORIGUCHI, M. L. M. C. Aspectos Geriátricos no Atendimento Odontológico. **Rev. Odont. Ciên.** 9: 117-23, 1990/1.
- PAPAS, A. S.; *et al.* **Geriatric Dentistry**. Aging and Oral Health. St. Louis, Mosby Year Book, 1991.
- PINTO, M. L. M. C. Situação Odontológica do Idoso no Brasil. **Rev.da Fac. Odont. da UFBA**, 7: 23-8, jan./dez., 1987.
- STORCH, B.; BELLAGAMBA, H. P. A Terceira Idade na Odontologia. **Rev. Gau. Odont.** 30 (4): 311-15, out./dez., 1982.
- SERRO-AZUL, L. G. C. C.; *et al.* **Clínica do Indivíduo Idoso**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. 352p.
- UMINO, M.; NAGAO, M. Systemic Diseases in Elderly Dental Patients. **Intern. Dent. Journ.** 43: 213-18, 1993.