

Saúde Oral depois dos 65 anos: particularidades sim, limitações não!

Amorim, A¹; Rodrigues, T², Silva, A.S³

1- Egas Moniz, Médica Estomatologista, PhD; 2 – Egas Moniz, Médica Dentista, MS; 3-Artsclinic, Médica Dentista PhD

A saúde oral é uma parte integrante da saúde geral e bem-estar. Uma boa saúde oral permite que os idosos comuniquem, efetuem uma alimentação saudável e promovam a sua autoestima e confiança (Watt, 2005).

A Odontogeriatría é uma Área recente da Medicina Dentária, surgida a partir das necessidades da sociedade actual, relacionada com o aumento da esperança de vida. Deve ser integrada no contexto geral de saúde e bem-estar do idoso e exige multidisciplinaridade de actuação clínica. Existem para os idosos tal como para outras faixas etárias preocupações e soluções em termos de saúde oral, apenas terão de ser integrados e adequadas aos condicionalismos eventualmente resultantes do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: geriatria, saúde oral, odontogeriatría, higiene oral

Introdução

Saúde Oral é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a ausência de dor crónica facial, cancro oral e da orofaringe, feridas orais, defeitos congénitos orais como o lábio ou fenda palatina, doença periodontal, perda de dentes e outras doenças ou perturbações orais que afectem a cavidade oral e a boca e que limitem a capacidade do indivíduo em mastigar, sorrir e falar (WHO, 2012) A saúde oral é uma parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, podendo desencadear complicações de ordem local e sistémica e influenciar significativamente a qualidade de vida e bem-estar. O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas). Nas últimas décadas a população mundial idosa tem vindo a aumentar, principalmente nos países mais desenvolvidos, devido ao aumento da esperança de vida (Côrte-Real *et al.*, 2011). O número de pessoas com idade superior a 60 anos está a crescer exponencialmente, estimando-se que em 2050, a população com 60 anos será de 2 biliões de habitantes (Kandelman *et al.*, 2008; Petersen & Yamamoto, 2005). Segundo um estudo realizado em 2011 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população portuguesa com idade superior a 65 anos representa 19,1% da população total. Este valor contrasta com 16,4% verificados no ano 2001 e 13,6% no ano 1991. A melhoria das condições de vida, progressos nos cuidados de saúde e implementação de medidas de saúde pública são consideradas as principais causas para o crescimento demográfico na faixa etária dos idosos (Ferreira *et al.*, 2009). Porém, esta situação também conduz a condições incapacitantes, aumento de doenças associadas ao envelhecimento e a doenças crónicas (Patil & Patil, 2009). Doenças crónicas como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, cancro e diabetes predominam nos idosos e estão rapidamente a tornar-se nas principais causas de incapacidade e mortalidade. Globalmente, a fraca saúde oral dos idosos tem sido particularmente evidenciada pelos elevados perdas dentárias, cáries dentárias, doença periodontal, xerostomia e cancro oral. O impacto de condições de saúde orais precárias afecta a qualidade de vida dos idosos e constitui também um problema de saúde pública. A Geriatria aplicada à Medicina Dentária foi durante muitos anos pouco valorizada, o diagnóstico e tratamento de idosos diluía-se na prática generalista ou nas competências específicas da mesma como a patologia oral, a cirurgia oral e a prostodontia.

A Odontogeriatría é uma área recente da Medicina Dentária caracterizada pela sua abrangência pois além de exigir a integração de conhecimentos específicos, tem de ser integrada no contexto geral de saúde e bem-estar do idoso. Atendendo à diversidade e a complexidade da condição do idoso, deverá fazer parte de um grupo multidisciplinar, que analise e integre conhecimentos específicos de áreas distintas com um objectivo comum: promover e manter a saúde do idoso (Costa *et al.*, 2010; Shinkai & Del Bel Cury, 2000).

Envelhecimento: realidade e perspectivas

O idoso é considerado um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos, prevalecendo ainda em alguns países a referência dos 60 anos (Côrte-Real *et al.*, 2011). Contudo, há autores que defendem que o critério cronológico para a identificação de pacientes geriátricos não é adequado devido à grande variabilidade de condições físicas, médicas e mentais, optando por uma classificação de acordo com o grau de função psicossocial (Colussi *et al.*, 2004):

- Funcionalmente independentes – indivíduos saudáveis, que podem apresentar uma ou mais doenças crónicas não graves e controladas com medicação. Apresentam também um declínio sensorial associado à idade mas vivem sozinhos sem necessitarem de ajuda.
- Parcialmente dependentes – indivíduos com problemas. Necessitam de alguma ajuda para as actividades da vida diária. A maioria destes idosos vive em comunidade ou necessita de apoio domiciliário.
- Totalmente dependentes – indivíduos em que as suas capacidades estão afectadas devido a problemas físicos, doenças crónicas ou estados emocionais, que os impossibilitam de manter a sua autonomia. Necessitam de ajuda total para as actividades da vida diária. Idosos que em geral estão institucionalizados, recebendo ajuda permanentemente.

Esta classificação poderá facilitar o desenvolvimento de técnicas e atitudes mais personalizadas destinadas à prevenção e tratamento dos idosos. Ao longo da vida, todos os órgãos e sistema se modificam reduzindo a sua função e adaptando-se à acção dos vários agressores internos e externos. O idoso é pessoa que tem conseguido ultrapassar os vários desafios que a vida proporciona. O envelhecimento é um processo comum em todos os seres vivos, sendo influenciado por múltiplos factores (biológicos, psicológicos, económicos, sociais, culturais). É um processo dinâmico e progressivo, e que podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável a doenças e comprometendo a sua qualidade de vida (W. J. Strawbridge., et al 2002

Patologias orais mais comuns no idoso

1- Perda dentária

Estudos epidemiológicos realizados na área de saúde oral, apontam a cárie e a doença periodontal como as doenças mais prevalentes na cavidade oral e responsáveis pela maioria das perdas dentárias (Vargas & Paixão, 2005). A ausência parcial ou total de dentes traz graves consequências a nível da saúde física e emocional do idoso (Côrte-Real *et al.*, 2011). A capacidade de mastigação torna-se reduzida afectando as escolhas alimentares, contribuindo para défices nutricionais conduzindo a um risco aumentado de aparecimento de outras doenças frequentes (Programa Nacional das Pessoas Idosas, Direcção Geral da Saúde). A falta de dentes também provoca uma diminuição da auto-estima do idoso (Patil & Patil, 2009). A dificuldade na comunicação verbal e aceitação da sua nova imagem, dificulta a socialização do idoso, promovendo o isolamento (Silva *et al.*, 2010). A perda total dos dentes (edentulismo) ainda é aceite por muitos como um fenómeno natural do envelhecimento (Costa *et al.*, 2010; Silva *et al.*, 2009; Tramini *et al.*, 2007). No entanto sabe-se hoje, que este facto resulta da ausência de informação atempada sobre medidas preventivas que contribuiriam para a manutenção dos dentes em idades mais avançadas (Hiramatsu *et al.*, 2007). Uma dentição funcional é caracterizada pela

presença de 20 dentes naturais, encontrada frequentemente em idosos com um nível socioeconómico elevado, em contraste com indivíduos com baixo nível socioeconómico (Silva *et al.*, 2009; Petersen & Yamamoto, 2005). Estes dados são confirmados por estudos epidemiológicos que demonstram que pessoas de classe social mais baixa ou com pouco ou nenhuma escolaridade têm mais tendência a serem desdentados do que as pessoas com uma classe social mais alta e com escolaridade (Petersen & Yamamoto, 2005). As alterações provocadas pela perda dos dentes e as suas repercussões na vida diária do idoso, devem constituir uma preocupação para os médicos dentistas (Simões *et al.*, 2010). No entanto, a perda de dentes não é inevitável à medida que se envelhece. Visitas regulares ao médico dentista e manutenção de uma higiene oral adequada podem reduzir o edentulismo (Kossioni & Dantas, 2007).

Cárie dentária

A cárie dentária é um dos problemas de saúde oral mais prevalentes nos idosos (Petersen & Yamamoto, 2005; Saunders & Meyerowitz, 2005). A sua etiologia é complexa e multifactorial, estando dependente da inter-relação de três factores principais preconizados por Keyes: presença de certo tipo de bactérias, substrato oral e susceptibilidade do hospedeiro (Gomes & Da Ros, 2008).

A placa bacteriana presente na superfície do dente, encontra-se colonizado por determinadas bactérias, como o *Streptococcus Mutans* e *Streptococcus Lactobacillus* (Gonsalves *et al.*, 2008) que são acidogénicas, produzindo ácidos, nomeadamente o ácido láctico, a partir da fermentação dos hidratos de carbono provenientes da dieta Touger-Decker & Van Loveren, 2003). Estes ácidos promovem a diminuição de pH na cavidade oral, libertando iões hidrogénio. Considera-se que a dissolução do esmalte dentário possa ter início com um pH menor ou igual a 5,5 e a dentina um pH de 6,5 (Dawes, 2003).

Quando se atinge o pH crítico inicia-se a dissolução dos minerais da superfície dentária, libertando iões de cálcio e fosfato responsáveis pela desmineralização da superfície dentária em profundidade. Este processo pode ser compensado, caso o sistema tampão da saliva, a placa bacteriana e a flúor presente consigam estabelecer um equilíbrio entre o processo desmineralização/mineralização. (Moynihan & Peterson, 2007) O maior risco cariogénico nos idosos é resultante da disfunção das glândulas salivares, de uma higiene oral menor eficaz e de uma diminuição da função motora (De Rossi & Slaughter, 2007; Saunders & Meyerowitz, 2005), no entanto, factores sociais e comportamentais também podem estar associados ao desenvolvimento das lesões de cárie, como baixo nível socioeconómico, pouca frequência de visitas ao médico dentista, ingestão de açúcares e consumo de tabaco (Petersen & Yamamoto, 2005). Nos idosos a prevalência de cáries coronárias embora elevada, é semelhante à de outros grupos etários, no entanto a prevalência de cáries radiculares é muito superior (Côrte-Real *et al.*, 2011; Kandelma *et al.*, 2008;)

As cáries radiculares ocorrem na área supra gengival ou próximo (2mm) da junção amelo-cimentária (Banting, 2001) devido à recessão dos tecidos moles que ocorre com o avançar da idade, hábitos de escovagem traumática ou doença periodontal. Estes factores levam à exposição da superfície da raiz e consequentemente aumentam o risco de desenvolvimento da lesão (Slot *et al.*, 2011) para o que contribuem também a quantidade de placa bacteriana acumulada, o tipo de dieta e o fluxo salivar. Idosos que apresentem redução do fluxo salivar devido ao uso continuado de determinados medicamentos apresentam um alto risco de desenvolvimento de cárie radicular (Slot *et al.*, 2011; Côrte-Real *et al.*, 2011; Petersen & Yamamoto, 2005).

O tratamento de cáries em idosos deve ser semelhante ao de adultos de outras faixas etárias. Materiais com libertação de flúor são uma boa opção para restaurar lesões de cáries radiculares em pacientes com xerostomia (De Rossi & Slaughter, 2007). Aplicação de géis e vernizes de flúor também são uma opção para estabilizar e reduzir as cáries radiculares (Gonsalves *et al.*, 2008).

Doença periodontal

A doença periodontal é um processo patológico que afecta os tecidos de suporte do dente (Kim & Amar, 2008; Page & Eke, 2007). Esta doença é caracterizada pela inflamação dos tecidos periodontais devido a um processo infeccioso que pode levar à sua destruição, conduzindo à perda dentária (Steffens *et al.*, 2010; Page & Eke, 2007). O processo infeccioso inicia-se com a colonização e crescimento de um grupo de bactérias e espiroquetas anaeróbias predominantemente Gram-negativas, nomeadamente *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* e *Treponema denticola*. Estas bactérias estendem-se apicalmente ao longo da superfície radicular do dente dando início à formação de bolsas periodontais e levando à destruição do osso alveolar e fibras de colagénio responsáveis pela adesão do ligamento periodontal (Page & Eke, 2007). A designação de doença periodontal engloba o processo reversível denominado de gengivite e o processo irreversível de periodontite (Bascones-Martinez *et al.*, 2011). A gengivite é caracterizada pelo aumento do volume gengival, hemorragia, edema e alteração do contorno gengival induzido pela presença de placa bacteriana. Na periodontite há perda do ligamento periodontal e ruptura da sua fixação ao cimento. Juntamente com a perda de inserção ocorre também a migração do epitélio ao longo da superfície radicular e reabsorção óssea (American Academy of Periodontology, 1999). A doença periodontal tem então uma etiologia multifactorial em que a presença de bactérias específicas, uso de tabaco, idade, género masculino, doenças sistémicas (diabetes) desempenham um factor de risco para o aparecimento da patologia (American Academy of Periodontology, 2001). O diagnóstico da periodontite pode ser efectuado através de exames clínicos específicos e exames complementares de diagnóstico radiológicos e laboratoriais (Bascones-Martinez *et al.*, 2011).

Ao nível da cavidade oral, a doença periodontal pode conduzir à perda dentária, halitose, diminuição da capacidade mastigatória, dificuldades de deglutição, alterações de paladar e em último caso à subnutrição (Côrte-Real *et al.*, 2011).

A aparência clínica dos tecidos periodontais num paciente idoso reflecte as mudanças relacionadas com a idade, doenças e traumas acumulados ao longo dos anos. Com o avançar da idade surgem alterações imunológicas e histológicas nos tecidos periodontais que podem alterar a resposta do hospedeiro à flora bacteriana. Além disso, doenças sistémicas como a diabetes e osteoporose, a medicação para a hipertensão arterial e epilepsia podem induzir o aumento do volume gengival e conduzir à doença periodontal do idoso (De Rossi & Slaughter, 2007).

Uma vez diagnosticada, a doença pode ser tratada com sucesso. O primeiro passo do tratamento consiste na eliminação dos agentes microbianos assim como dos factores de risco que contribuem para a progressão da doença, preservando assim a saúde do periodonto. O segundo passo consiste na manutenção da doença. (Kim & Amar, 2008). O tratamento da doença periodontal em pacientes idosos deve ser similar ao dos pacientes jovens. No entanto a cicatrização dos tecidos do periodonto pode ser mais demorada. A manutenção da saúde periodontal pode ser obtida com uma higiene oral apropriada (De Rossi & Slaughter, 2007). A doença periodontal relaciona-se directamente com uma patologia sistémica bastante comum nos idosos, a Diabetes Mellitus, sendo a periodontite a sexta complicação desta doença. Existe uma relação bidireccional entre a diabetes e a doença periodontal, sendo a periodontite mais prevalente e mais acentuada em pacientes diabéticos do que na população normal. Assim um paciente diabético tem maior predisposição para as doenças na cavidade oral como a candidíase e xerostomia devido ao aumento dos níveis de glicose nos fluidos orais. O tratamento e manutenção da doença periodontal contribuem para um controlo do nível de glicémia, permitindo a redução das complicações da diabetes Mellitus (Soell *et al.*, 2007). A periodontite também tem sido investigada como um factor que contribui para o aparecimento e desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Existem diversos mecanismos que podem explicar esta associação. A resposta do hospedeiro à presença de agentes patológicos pode desencadear a

produção de mediadores inflamatórios como a proteína C – reactiva, TNF- α , PGE2, IL-1 β e IL-6, que podem acelerar a progressão de placas de aterosclerose já existente, aumentando assim o número de casos de doenças cardiovasculares (Weidlich *et al.*, 2008).

Lesões da mucosa oral pré-malignas e malignas

A população idosa apresenta um maior risco de desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas, ocorrendo em idades superiores a 60 anos (Côrte-Real *et al.*, 2011; Kandelman *et al.*, 2008; Petersen e Yamamoto, 2005). (Weidlich *et al.*, 2008).

As lesões pré-malignas são alterações teciduais que podem assumir um carácter de tumor maligno mas que podem permanecer estáveis por um período de tempo considerável. Em 2005, a OMS modificou a terminologia das lesões e condições pré-malignas designando-as como lesões com potencial de malignização. Assim as lesões incluídas neste critério são: leucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, eritroplasia, quelite actínica, fibrose submucosa, líquen plano e atrofia por deficiência de ferro (Mitma, A.Aet al, 2012)

A leucoplasia é a lesão com potencial de malignização mais referida nos idosos (Côrte-Real *et al.*, 2011; Petersen & Yamamoto, 2005). Segundo a OMS, leucoplasia é definida como uma placa branca ou mancha queratósica branca, não destacável, de etiologia desconhecida, excepto o uso de tabaco e sem outro diagnóstico atribuído (Carnelio *et al.*, 2011; Gonsalves *et al.*, 2007; Petersen *et al.*, 2005). Ocorre com mais frequência na mucosa oral, bordos laterais da língua e pavimento da boca (da Silveira *et al.*, 2009; Petersen *et al.*, 2005). A leucoplasia é comum nos homens, enquanto que o líquen plano está mais associado ao género feminino (Petersen & Yamamoto, 2005). Eritroplasia é definida como uma lesão na mucosa oral que se apresenta como placas vermelhas aveludadas e brilhantes que não podem ser caracterizadas clinicamente ou patologicamente com nenhuma outra condição reconhecida (Petersen *et al.*, 2005). Apesar de ser menos comum que a leucoplasia, a eritroplasia apresenta maior potencial para transformação maligna (14 a 50%) (Vila,A.,2011 Petersen *et al.*, 2005). Em Portugal, foi realizado um estudo no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, onde se verificou que o tumor mais comum na cabeça e pescoço é o carcinoma das células escamosas e o local anatómico mais frequente é a língua. A incidência do cancro oral é quatro vezes superior no homem, podendo aumentar quando associado a factores tabágicos e alcoólicos (Dias & Almeida, 2007). O tabaco e o álcool são os principais factores de risco para o aparecimento de lesões pré-malignas e malignas. Por outro lado, o consumo de frutos e vegetais têm uma acção protectora, devido ao elevado conteúdo de carotenóides e vitamina C, podendo inibir o desenvolvimento de lesões pré-malignas na cavidade oral (Petersen & Yamamoto, 2005; Gupta *et al.*, 1999).

Lesões na mucosa oral associada ao uso de prótese

A estomatite protética é a lesão da mucosa oral mais prevalente nos idosos, sendo bastante comum entre os portadores de prótese dentária (Côrte-Real *et al.*, 2011; de Castellucci Barbosa *et al.*, 2008; Petersen *et al.*, 2005). A prevalência da estomatite protética varia de 11 a 67% em portadores de prótese removível total (Petersen & Yamamoto, 2005). Na maioria dos casos existe a colonização da base de suporte da prótese por *Candida Albicans* mas também pode surgir devido a reacções alérgicas ao material protético, como manifestações de doenças sistémicas ou trauma. Uma higiene oral precária, o uso continuado da prótese, próteses desadaptadas, consumo de álcool e tabaco, são também factores de risco para esta patologia (dos Santos *et al.*, 2010; de Castellucci Barbosa *et al.*, 2008; Petersen *et al.*, 2005). Clinicamente a estomatite protética caracteriza-se pela inflamação da mucosa e em estados mais avançados por eritema crónico, localizado especialmente no palato ou na mucosa gengival que está em contacto directo com a base da prótese (Naik & Pai, 2011; dos Santos *et al.*, 2010). O tratamento da estomatite protética consiste na remoção da prótese dentária durante a noite, uso de anti-sépticos, anti-fúngicos tópicos ou

sistémicos e em alguns casos a substituição da prótese (de Castellucci Barbosa *et al.*, 2008; Gonsalves *et al.*, 2008).

Outras lesões que podem surgir associadas ao uso de próteses são: hiperplasia fibroepitelial, úlceras traumáticas e quelite angular (Mujica *et al.*, 2008; Petersen & Yamamoto, 2005). Geralmente são mais frequentes em portadores de próteses totais que não tem retenção, que estão desadaptadas ou apresentem diminuição da dimensão vertical (Petersen & Yamamoto, 2005). As lesões orais provocadas pelo uso de próteses dentárias podem ser minimizadas quando se institui um programa de controlo e manutenção periódica do tratamento, aliado à motivação do paciente para a higiene oral (de Castellucci Barbosa *et al.*, 2008)

Xerostomia

A saliva tem um papel fundamental na saúde oral (Wiener *et al.*, 2011). Desempenha diversas funções na cavidade oral como lubrificante nas mucosas e auxiliando na protecção dos tecidos contra agentes mecânicos, térmicos e químicos (Depaola *et al.*, 2008; Cassolato & Turnbull, 2003). Os seus principais componentes são água, proteínas e electrões que influenciam o paladar e facilitam a lubrificação e protecção das membranas da cavidade oral e das membranas ao longo do trato digestivo (Guggenheimer & Moore, 2003). (Depaola *et al.*, 2008; Cassolato & Turnbull, 2003). A saliva também desempenha um papel primordial na manutenção da homeostasia através de sistema tampão, que serve de reservatório de iões, facilitando o processo de remineralização do dente (Depaola *et al.*, 2008). A acção antimicrobiana da saliva envolve a secreção de imunoglobulinas A, lisozima, lactoferrina e peroxidases (Depaola *et al.*, 2008; Cassolato & Turnbull, 2003). A redução do volume salivar e dos seus componentes está associada a atrofia glandular que se desenvolve com a idade, envolvendo não só as células secretoras como os ductos, sendo a fibrose das estruturas glandulares uma alteração bastante comum no doente geriátrico (Dias *et al.*, 2007). A hipofunção das glândulas salivares pode resultar na hiposalivação (redução do fluxo salivar) ou em xerostomia (Wiener *et al.*, 2011).

Para efectuar o diagnóstico de hiposalivação é necessário medir o fluxo salivar. Assim o fluxo salivar não estimulado durante o dia é cerca de 0,3 a 0,4 ml/min e no caso de hiposalivação a taxa é de 0,1 ml/min ou menos (Wiener *et al.*, 2011). A xerostomia é definida como uma impressão subjectiva de sensação de boca seca e está geralmente relacionada com a redução da secreção salivar mas por vezes também pode ocorrer devido a alterações das propriedades dos componentes da saliva (Leal *et al.*, 2010; Cassolato & Turnbull, 2003). A causa mais comum de xerostomia é o uso de determinados fármacos, que reduzem a produção salivar ou então alteram a composição da saliva. Entre estes fármacos, encontram-se os anti-depressivos, anti-psicóticos, anti-colinérgicos, sedativos, anti-hipertensores, anti-histamínicos, relaxantes musculares e citotóxicos (Côrte-Real *et al.*, 2011; Turner e Ship, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005; Cassolato e Turnbull, 2003; Guggenheimer & Moore, 2003). Como os idosos tomam mais medicamentos do que o resto da população em geral, estão mais vulneráveis e sujeitos aos efeitos da xerostomia (Turner & Ship, 2007). No entanto, há outras causas que podem estar associadas à xerostomia como a terapia com radiação ao nível da cabeça e pescoço e tratamento de doenças sistémicas como Síndrome de Sjögren e diabetes (Côrte-Real *et al.*, 2011; Turner & Ship, 2007; Cassolato & Turnbull, 2003; Guggenheimer & Moore, 2003). Outro factor importante para o desenvolvimento da xerostomia é tabagismo. (Peterson & Yamamoto, 2005). Os pacientes com xerostomia têm um risco elevado de desenvolverem cáries, candidíase oral, gengivite e lesões ao nível da mucosa oral e faríngea (Côrte-Real *et al.*, 2011; Turner & Ship, 2007; Cassolato & Turnbull, 2003; Guggenheimer & Moore, 2003). Podem também apresentar disfagia, desconforto na mastigação, alteração da percepção do paladar e dificuldade na fala, afetando desta forma a qualidade de vida dos indivíduos (Côrte-Real *et al.*, 2011; Turner e Ship, 2007; Petersen & Yamamoto, 2005; Cassolato & Turnbull, 2003). O tratamento da xerostomia deve ser paliativo, de forma a aliviar os sintomas e prevenir as

complicações orais provocadas pela doença (Guggenheimer & Moore, 2003). Se o paciente estiver a tomar um medicamento que diminui o fluxo salivar, se possível o medicamento deve ser alterado ou suspenso (Gonsalves *et al.*, 2008). Os pacientes devem ser aconselhados a beber água, evitar bebidas alcoólicas e alimentos ou bebidas com alto teor cariogénico (bebidas com cafeína ou açúcar). Pastilhas e rebuçados com xilitol também podem ser aconselhados de forma a induzir a produção do fluxo salivar, não devendo conter açúcar (sugar free) (Gonsalves *et al.*, 2008; Guggenheimer & Moore, 2003). A secura ao nível da mucosa oral e a disfagia podem ser evitados se o paciente utilizar substitutos salivares que ajudam a lubrificar a mucosas e a repor a função. É importante escolher um produto com um baixo potencial de erosão e que previna a desmineralização do esmalte e consequentemente o aparecimento de cáries (Cassolato & Turnbull, 2003).

Hábitos de higiene oral nos idosos

A manutenção de uma higiene oral adequada permite o controlo dos níveis de placa bacteriana, prevenindo o aparecimento de cáries e a manutenção de saúde periodontal (Attin & Hornecker, 2005). Os idosos devem escovar os dentes diariamente, duas ou mais vezes ao dia; utilizar um dentífrico com flúor, prevenindo assim o aparecimento da cárie dentária e utilização de fita/fio dentário, para efectuar a limpeza interdentária, pelo menos uma vez por dia. Relativamente à higienização da prótese dentária os idosos deverão escova-la diariamente com uma escova própria, utilizando um sabão neutro, dentífrico não abrasivo ou outro produto destinado a esse efeito. O meio mais comum para a remoção da placa bacteriana é a escovagem. A escovagem dos dentes à noite é importante, uma vez possibilita a eliminação dos restos alimentares e permite que o flúor contido nas pastas de dentes permaneça em boca durante algum tempo, prevenindo o aparecimento da cárie (Attin & Hornecker, 2005). No entanto a escova de dentes não atinge de uma forma eficiente as superfícies interproximais dos dentes, sendo por isso a gengivite e a periodontite mais acentuadas nestes locais. Desta forma, os pacientes devem recorrer a técnicas adicionais além da escovagem para a remoção da placa bacteriana interdentária (Slot *et al.*, 2012; Berchier *et al.*, 2008; Slot *et al.*, 2008). O fio e escovilhões interdentários devem ser seleccionados para cada paciente dependendo do tamanho e forma da papila interdentária e do espaço e morfologia da superfície dos dentes (Berchier *et al.*, 2008; Slot *et al.*, 2008). A utilização do fio/fita e escovilhões interdentários diariamente não é um comportamento comum, no entanto diversos estudos relatam que se for ensinado e dadas as instruções adequadas, o seu uso será mais frequente, contribuindo para a manutenção da saúde periodontal (Berchier *et al.*, 2008). A imersão da prótese dentária em soluções desinfectantes também é um método de higiene eficaz. A escovagem da prótese não é suficiente para a remoção da placa bacteriana, sendo a higiene química indispensável para o cuidado da prótese removível (Castellucci Barbosa *et al.*, 2008). A utilização de um agente químico reduz a patogenicidade dos microorganismos presentes na superfície da prótese, sendo importante a combinação de um método mecânico e químico no processo da higiene protética (Fonseca, *et al.*, 2007). As próteses dentárias não devem ser utilizadas durante a noite ou então devem ser removidas algumas horas durante o dia, permitindo que os tecidos recuperem no trauma e do contacto permanente (de Castellucci Barbosa *et al.*, 2008). A motivação do paciente e a destreza manual são factores importantes para a manutenção da higiene oral (Slot *et al.*, 2012). No entanto, os idosos podem apresentar diminuição da acuidade visual, disfunção cognitiva ou deficiências motoras e físicas que alteram significativamente a capacidade para manter uma higiene oral adequada (Akar & Ergül, 2008; Frenkel *et al.*, 2000). Nestes casos podem ser adoptados escovas eléctricas, escovas de dentes manuais com uma fita de velcro ou porta-fios de modo a remover a placa bacteriana (Gonsalves *et al.*, 2008). Uma higiene oral deficiente está muitas vezes associada a um baixo nível económico, falta de recursos para ir a consultas ou idosos acamados sem capacidade para realizar a sua higiene oral. Também a existência de deficiências motoras, como a

artrite e doenças neurológicas condicionam uma boa higiene oral (Gonsalves *et al.*, 2008).

Saúde oral dos idosos institucionalizados

Diversos estudos demonstram que os idosos institucionalizados apresentam um pior estado de saúde oral (De Visschere *et al.*, 2010; Akar & Ergül, 2008; Unlüe *et al.*, 2007). Estes idosos muitas vezes não têm a capacidade para manter a uma higiene oral adequada, ficando dependentes dos enfermeiros ou de auxiliares de saúde (De Visschere *et al.*, 2010). De forma a prevenir estas condições é importante estabelecer um programa de saúde oral projectado especialmente para este grupo. O programa deve incluir formação dos enfermeiros e auxiliares de forma a adquirirem conhecimentos e práticas para realizarem uma higiene oral adequada nos idosos (Petersen & Yamamoto, 2005; Marchini *et al.*, 2004). Estes idosos estão também mais condicionados para se deslocarem a consultas regulares, dirigindo-se apenas em situações de emergência, dor ou desconforto (Akar & Ergül, 2008; Frenkel *et al.*, 2000). Deverá apostar-se na Medicina Dentária domiciliária que está cada vez mais facilitada pelo avanço técnico de equipamentos portáteis cada vez mais funcionais.

Geriatría e papel do Médico Dentista

O médico dentista deve estar em contacto constante com o médico assistente, com o intuito de avaliar a condição geral e os medicamentos administrados (Rosa *et al.*, 2008). O diagnóstico e o plano de tratamento devem incluir considerações biológicas, psicológicas, sociais e estado económico do paciente. O estado emocional e psicológico do paciente, é um componente essencial no sucesso ou fracasso do tratamento (Patil & Patil, 2009). Geralmente, os pacientes geriátricos apresentam um quadro clínico comum: cárie, doença periodontal, disfunções salivares, cefaleias e cervicalgias, problemas resultantes do uso próteses dentárias e comprometimento das funções mastigatórias, deglutição e paladar (Simões & Carvalho, 2011).

Considerações finais

A saúde oral é uma parte integrante e essencial da saúde geral do idoso sendo por isso um factor determinante na qualidade de vida (Kandelman *et al.*, 2008; Tramini *et al.*, 2007). Existe frequentemente falta de percepção quanto à necessidade de tratamentos odontológicos, tanto pelo idoso como dos seus familiares (Rosa *et al.*, 2008), que deve ser combatida. Os idosos devem ser consciencializados para a necessidade contínua de tratamentos dentários, quer sejam dentados ou edêntulos (Unlüer *et al.*, 2007). A formação de profissionais de saúde na área da odontogeriatría e programas de promoção de saúde oral devem ser desenvolvidos, visto que os idosos que compareçam a consultas periódicas, são mais receptivos a tratamentos preventivos (Unlüer *et al.*, 2007).

Bibliografia:

- American Academy of Periodontology (1999) "The Pathogenesis of Periodontal Diseases (Informational Paper)", *J Periodontol.* 70, pp.457-470
- Banting, D. (2001) "The Diagnosis of Root Caries", *J Dent Educ.*, 65(10), pp.991-6
- Bascones – Martinez, A., Matesanz – Perz, P., Escribano – Bermejo, M., Gonzalez – Moles M., Bascones – Ilundain, J. J., & Meurman, J. (2011) "Periodontal disease and Diabetes – Review of the literature", *Med Oral Patol Cir Bucal*, 16(6), pp.722-729
- Carnelio, S., Rodrigues, G., Shenoy, R., & Fernandes, D. (2011) "A brief review of common oral premalignant lesions" *Indian J Surg.*, 73(4), pp.256-61.
- Cassolato, S., & Turnbull, R. (2003) "Xerostomia: clinical aspects and treatment", *Gero dontology*, 20(2), Pp.64-77
- Castellucci Barbosa, L., Ferreira, M., de Carvalho Calabrich, C., Viana, A., de Lemos M., & Lauria, R. (2008) "Edentulous patients Knowledge of dental hygiene and care Of prostheses", *Gerodontolgy*, 25(2), Pp.99-106
- Colussi, C., Freitas, S., & Clavo, M. (2004) " Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina", *Rev Bras Epi demiol.*, 7 (1), pp.88-97
- Corte – Real, I., Figueiral, M. & Reis Campos, J. (2011) " As doenças orais no idoso – Considerações gerais", *Rev Port Estomatol Med Cir Maxilofac.*, 52 (3), pp.175-180
- Costa, A.M., Guimarães, M.C.M., Pedrosa, S.F., & Nobrega, O., T (2007) " Perfil da condição bucal de idosos do Distrito Federal", *Ciências & Saude Coletiva*, 15(4)pp.2213-2010

- De Rossi, S. & Slaughter. (2007) "Oral changes in older patients: a clinician's guide" *Quintessence Int.*, 9(37), pp.773-780
- Depaola, D. (2008)" Saliva: the precious body fluid", *J Am Dent Assoc.*, 139(Suppl), pp.5S- 6S
- Dias, G. & Almeida, A.(2007)" A histological and clinical study on cancer: descriptive Analysis of 365 cases", *Med Oral Patol Cir Bucal*, 127(7), pp.E474-8
- Ferreira, R., Magalhães, C. & Morreira, A. (2008) "Tooth loss, denture wearing and associated factors among and elderly institutionalised Brazilian population", *Gerodontology*, 25(3), pp.168-178.
- Gonçalves, W., Wrightson, A & Henry, R. (2008)" Common oral conditions in older Persons", *Am Fam Physician*, 78(7), pp.845-52
- Guggenheimer, J. & Moore, P. (2003) "Xerostomia: Etiology, recognition and treatment", *J Am Dent Assoc.*, 134(1), pp.61-69
- Gupta,P.,Hebert,J.,Bhonsle,R.,Murti,P.,Mehta,H & Mehta.F.,(1999)" Influence of dietary factors on oral precancerous lesions in a population – based case control studying Kerala, India", *Cancer*, 85 (9), pp.1885-93.
- Hiramatsu, D.A., Tomita, N.E., & Franco, L.,J.(2007) " Perda dentária e a imagem do cirurgião dentista entre grupos de idosos. Ciên.Saúde Coletiva, v.12,n.4,p.1051.1056
- Kandelman, D., Petersen, P. & Ueda, H.(2008)" Oral health, general health, and quality of life in older people", *Spec Care Dentist.*, 28(6), pp.224-36
- Kim. & Armar,S.(2006)" Periodontal disease and systemic conditions: a bidirectional Relationship", *Odontology*, 94(1), pp.10-21
- Kossioni, A., & Dontas, A. (2007)" The Stomatognathic system in the elderly.Useful information for the medical practioner", *Clin Interv Aging.*, 2(4), pp.591-7
- Mitma, A.A & Frisancho, O.E.(2012)" Plummer-Vinson syndrome: report of a case and review of literature" *Rev Gastroenterol Peru.*; 32(2):197-203.
- Moynihan, P., & Peterson.P. ((2007)"Diet, nutrition and the prevention of dental diseases", *Public Health Nutr.* 7(1a), pp.201226.
- Mujica, V., Riviera, H., & Carrero, M. (2008)" Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population", *Med Oral Patol Cir Bucal*, 135(5), pp.E270-4
- Naik, A., & Pai, R (2010)" A Study of Factors Contributing to Denture Stomatitis in a North Indian Community", *Int J Dent.*, (2001):589064.
- Page, R., & Eke, P. (2007)" Case definitions for use in population –based surveillance of periodontitis", *J.Periodontol.* 78(7Suppl), pp.1387-99
- Patil, M., & Patil,S.(2009)" Geriatric patient – psychological and emotional considerations during dental treatment" , *Gerodontology*,26(1),pp.72-7
- Peterson,P.E.,Bougeois,D.,Ogawa,H.,Day –Stupinan,S. & Nduaye,C.(2005) " The Global burden of oral diseases and risks to oral health", *Bull of the World Health Organ.*, 83(9), pp.661-669.
- Peterson, P. & Yamoto, T. (2005)" Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme", *Community Dent Oral Epiemiol*, 33(2), pp, 81-92 &
- Saunders, R. & Meyerowitz., C (2005)" Dental caries in older adults", *Dent Clin North Am.*, 49(2), Pp.293-308
- Slot, D., Wiggelinkhuizen, L.Rosema, N., & Van der Weijden, G. (2012)" The efficacies of manual toothbrushes following a brushing exercise: a systemic review", *Int J Dent Hygiene*, 10(3), pp.187-197