

Avaliação da Saúde Bucal do Idoso em uma instituição de apoio a idosos no Distrito Federal

Oral health evaluation of the elderly in a supporting institution to the elderly in the Distrito Federal

¹Adriana Maria Tafuri Cimino
¹Janaina Rocha Reis

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Coordenação Regional de Saúde da Ceilândia, Odontologia do Centro de Saúde n° 11 da Ceilândia - 70910-900, Brasília, DF, Brasil.

Autor para correspondência:
Janaina Rocha Reis
E-mail: janainarr@bol.com.br
Fone: + 55 61 9975 0987

Recebido em: 05/novembro/2014
Aprovado em: 09/dezembro/2015

RESUMO

Introdução: A equipe odontológica deve estar inserida numa abordagem de saúde com caráter multi e interdisciplinar, atuando favoravelmente para o entendimento do idoso, suas especificidades, conhecendo o contexto biopsicossocial dessa clientela, a fim de que o plano de tratamento vise saúde do indivíduo na sua integralidade.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar a saúde bucal de idosos frequentadores de uma instituição de apoio a idosos na Ceilândia - Distrito Federal.

Materiais e métodos: Estudo descritivo, transversal que avaliou a saúde bucal de 106 idosos, que frequentam a escola de avós da Ceilândia - Distrito Federal. Foram realizados exames bucais e aplicação de questionário. Aspectos bucais de relevância foram anotados nos formulários que nortearam o exame da cavidade bucal, assim como o preenchimento do questionário.

Resultados: As análises dos exames bucais demonstraram que as lesões bucais mais frequentes foram as de mucosa jugal, seguindo-se das de gengiva/rebordo alveolar. As lesões brancas, fibroses e candidoses encontradas nas mucosas orais estavam relacionadas ao uso de próteses mal adaptadas, antigas e mal higienizadas. Enquanto que os hematomas por trauma na mucosa jugal e no fundo de saco de vestíbulo foram devido a próteses fraturadas e mal adaptadas. Observou-se uma grande quantidade de próteses removíveis, principalmente próteses totais. Suas necessidades também foram detectadas pela ausência total no arco, assim como pela estimativa de troca. Quanto ao nível de instrução de higiene oral, observou-se que: 97,16% dos idosos examinados sabem higienizar os dentes/próteses, 68,86% higienizam os dentes/próteses três vezes ou mais ao dia. E, 43,39% desses idosos disseram ter aprendido sobre higiene oral com a equipe de saúde bucal da escola de avós, mas apenas 35,84% desses idosos sabem fazer o autoexame da boca.

Conclusão: O estudo confirmou a importância da saúde bucal dos idosos e das atividades preventivo-promocionais da equipe de profissionais da escola de avós - Ceilândia - Distrito Federal para o autocuidado desses idosos.

Palavras-chave: saúde bucal; idoso; promoção e prevenção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The dental team should be inserted in a health team with multi and interdisciplinary approach, acting positively to the understanding of the elderly, their specificities, knowing the biopsychosocial context of this clientele, so that the treatment plan aimed at health of the individual as a whole.

Objective: The objective of this study was to evaluate the oral health of elderly in an institution to support seniors in Ceilândia - Federal District.

Methods: A descriptive cross-sectional study that evaluated the oral health of 106 elderly who attend the school grandparents Ceilândia - Federal District. Oral examinations and a questionnaire were performed. Oral aspects of relevance were noted on the forms that guided the examination of the oral cavity, as well as the questionnaire.

Results: The analysis of oral examinations showed that the most frequent oral lesions were the buccal mucosa, followed by the gum / alveolar ridge. The white lesions, fibrosis and candidoses found in the oral mucosa were related to the use of ill-fitting, old and poorly cleaned dentures. While the trauma bruises on the oral mucosa and in the foyer of fornix were due to fractured and poorly fitting dentures. There was a lot of removable dentures, especially full dentures. Their needs were also detected by the total absence in the arc, as well as the estimated return. The level of oral hygiene instruction, it was observed that: 97.16% of elderly examined know sanitize teeth / dentures, 68.86% sanitize teeth / dentures three or more times a day. And 43.39% of seniors said they learned about oral hygiene to dental health team school grandparents, but only 35.84% of the elderly know how to do self-examination of the mouth.

Conclusion: The study confirmed the importance of oral health of the elderly and preventive-promotional activities of the team of grandparents of school professionals - Ceilândia - Federal District for self-care of the elderly.

Keywords: oral health; elderly; health promotion and prevention

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil populacional no Brasil, nas últimas décadas, tem se destacado por uma baixa da mortalidade infantil, assim como um aumento da expectativa de vida, refletindo no envelhecimento da população^{1,2}.

Biologicamente, envelhecer é um processo que ocorre durante toda a vida, desde o nascimento; mas a Organização Mundial da Saúde (OMS)

propõe que se considere idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com ou acima de 65 anos. O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial e com previsões de que nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual³.

A vida longa do ser humano está condicionada aos avanços tecnológicos e científicos, especialmente aos programas médicos-promocionais, sanitários e educacionais. No entanto, isso não é diretamente proporcional ao aumento da qualidade de vida dos idosos. Os serviços médicos e odontológicos estão tendo que se adequar a essa nova população, que atualmente representa uma grande demanda não suprida pela falta de profissionais em número e qualidade ⁴.

Muitas doenças que comumente aparecem na velhice podem ser prevenidas, retardadas ou controladas, para que o indivíduo permaneça saudável e consiga aproveitar essa fase da vida, com prazer, experiência e maturidade ⁵. Os programas odontológicos de atenção ao idoso devem prever as doenças ou repercussões bucais dessas doenças sistêmicas, tais como o diabetes, hipertensão, demências, etilismo, fumo e exposição prolongada ao sol ².

A saúde sistêmica do idoso também deve ser cuidadosamente examinada pelo cirurgião-dentista, tendo em vista que algumas condições clínicas fisiológicas do processo de envelhecimento podem estar presentes na cavidade bucal, tais como: redução da capacidade gustativa, alterações nas glândulas salivares / xerostomia e alterações no periodonto¹.

Por isso, a equipe odontológica deve estar inserida numa abordagem de saúde com caráter multi e interdisciplinar; atuando favoravelmente para o entendimento do idoso, suas especificidades, conhecendo o contexto biopsicossocial dessa clientela, a fim de que o plano de tratamento vise saúde do indivíduo na sua integralidade ⁶.

O envelhecimento compõe a fase do ciclo de vida representada pela sabedoria e pela maturidade; no entanto, encontra-se uma série de perdas e limitações físicas e psicológicas que precisam ser enfrentadas com naturalidade. Isso inclui as limitações do sistema estomatognático que ocorre com o avançar da idade, pois esse sistema está diretamente ligado à mastigação, fonação, deglutição e respiração; funções que também acompanham o processo de envelhecimento. Assim, o cirurgião dentista deve objetivar uma oclusão o mais funcional possível para o paciente idoso, a fim de lhes proporcio-

nar uma expectativa de vida mais longa ⁵.

É importante que todo serviço de saúde conheça a realidade da saúde bucal de sua comunidade, incluindo o diagnóstico das necessidades bucais da população idosa de sua área de abrangência. O projeto SB Brasil 2010/ MS revelou que as perdas dentárias constituem o principal problema de saúde bucal dos idosos, considerando a faixa etária de 60 a 74 anos². Essa perda de dentes têm consequências tanto físicas (limitações na mastigação e fonação) quanto psicológicas, pois a aparência física é uma das condições de exclusões sociais ⁷.

Conforme descrevem Vargas et al.², a precariedade das condições de saúde bucal dos idosos é pouco discutida e relatada, apesar dos levantamentos epidemiológicos importantes do Projeto SB Brasil (2003 e 2010) indicarem alta taxa de edentulismo. Segundo esses autores, isso se deve ao entendimento que a sociedade brasileira tem quanto à perda de dentes - uma consequência normal do envelhecimento e não como resultado de falta de acesso às ações preventivas e de promoção da saúde.

O planejamento dos programas bucais deve abranger programas preventivo-promocionais para a manutenção dos elementos dentários desses pacientes. O levantamento epidemiológico da saúde bucal nessa faixa etária deve considerar como indicadores: o número de idosos que possuem prótese. No entanto, cabe ao serviço odontológico e à equipe de saúde bucal decidir quanto à periodicidade desse levantamento na sua comunidade². O objetivo deste trabalho foi avaliar a saúde bucal de idosos frequentadores de uma instituição de apoio a idosos na Ceilândia - Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, que avaliou a saúde bucal de idosos que frequentavam a escola de avós da Ceilândia - DF - Regional de Saúde da Ceilândia do Distrito Federal. Em uma amostra por conveniência, avaliou-se a saúde bucal de 106 idosos, na faixa etária acima de 60 anos (60 a 91 anos), após autorização dos mesmos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Escla-

recido. Os aspectos éticos deste estudo foram aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (parecer nº 321.160 -CEP / FEPECS).

Utilizou-se dois formulários: um para o registro do exame das mucosas da cavidade oral (presença ou ausência de lesões nas seguintes mucosas: lábio inferior, lábio superior, comissura labial, mucosa jugal, língua, gengiva/rebordo alveolar, assoalho da boca, palato, orofaringe, fundo de saco de vestíbulo e trígono retromolar) e das características das lesões encontradas. Outro formulário foi utilizado para avaliar a presença, ausência e a necessidade de próteses removíveis.

Utilizou-se também um questionário sim/não para avaliar o nível de higiene oral desses pacientes, contendo as seguintes perguntas: (1) Você sabe higienizar os dentes/próteses?; (2)

Higieniza os dentes/próteses três vezes ao dia ou mais? (3) A equipe de saúde bucal da escola de avós auxiliou na sua instrução de higiene oral? (4) Você sabe fazer o auto-exame da boca?

RESULTADOS

Examinou-se **106** idosos entre os meses de novembro de 2013 a setembro de 2014, **25** do sexo masculino e **81** do sexo feminino, na faixa etária acima de 60 anos (60 a 91 anos).

Foram realizados exames bucais e aplicação de questionário proposto no projeto. Aspectos bucais de relevância foram anotados nos formulários que nortearam o exame da cavidade bucal, assim como o preenchimento do questionário.

A **tabela 1** demonstra as ausências e presenças das lesões bucais; assim como a descrição das lesões encontradas.

Tabela 1

Exame das lesões da mucosa

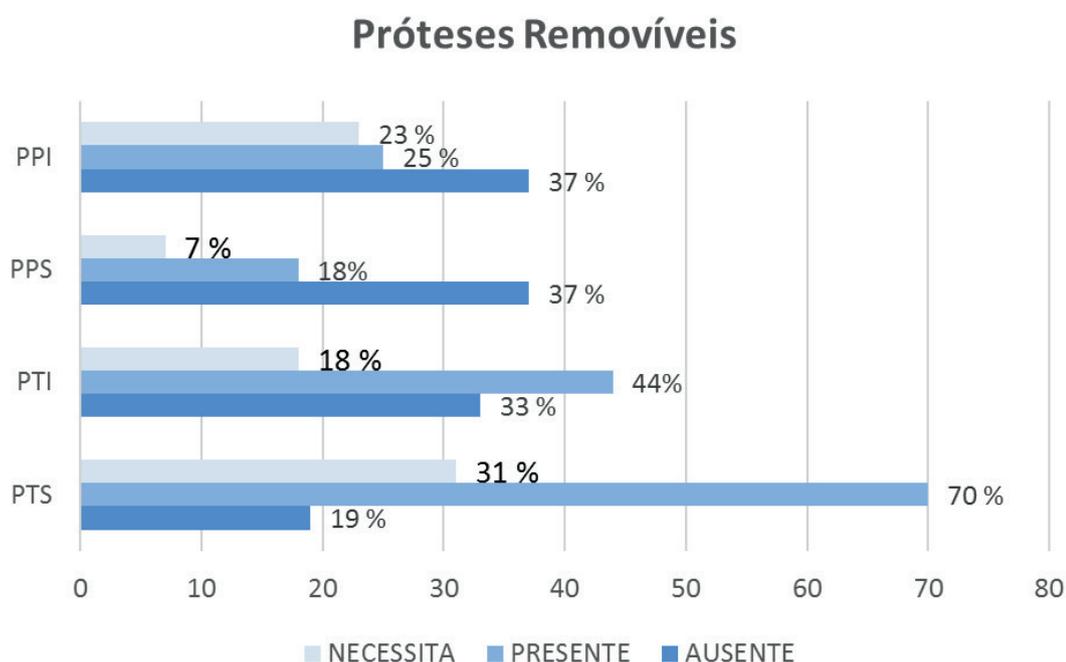
Exame das Lesões da Mucosa					
	Ausência		Presença		Característica
	N	%	N	%	
Lábio inferior	105	99,05	01	0,95	Úlcera.
Lábio superior	106	100,00	00	0,00	
Comissura labial	106	100,00	00	0,00	
Mucosa jugal	100	94,33	06	5,66	Fibroma; alteração de cor (manchamento por amálgama); lesão branca; afta; lesão por uso de prótese fraturada; hematoma por trauma oclusal (prótese mal adaptada).
Língua	103	97,16	03	2,83	Fibroma; lesão rugosa; pólipos.
Gengiva/rebordo alveolar	102	96,22	04	3,77	Lesão branca; fibrose (por uso de prótese); lesão branca.
Assoalho da boca	105	99,05	01	0,95	Lesão branca.
Palato	103	97,16	03	2,83	Hiperplasia e candidose.

Orofaringe	106	100,00	00	0,00	
Fundo de saco de vestibulo	105	99,05	01	0,95	Trauma por prótese mal adaptada.
Trígono retromolar	106	100,00	00	0,00	

A figura 1 mostra dados sobre as necessidades, presenças e ausências de próteses removíveis totais e parciais.

Figura 1

Distribuição percentual da necessidade, presença e ausência de próteses removíveis.



Legenda: Prótese removível parcial inferior (PPI); Prótese removível parcial superior (PPS); Prótese removível total inferior (PTI); Prótese removível total superior (PTS).

Os resultados do questionário aplicado para se avaliar o nível de instrução de higiene oral estão expostos para a **Tabela 2**.

Tabela 2

Nível de Instrução de Higiene Oral

Instrução de Higiene Oral	Sim		Não	
	N	%	N	%
Você sabe higienizar os dentes/ próteses?	103	97,16	03	2,83
Higieniza os dentes/próteses 3x ao dia ou mais?	73	68,86	33	31,13
A equipe de saúde bucal da escola de avós auxiliou na sua instrução de higiene oral?	46	43,39	60	56,60
Você sabe fazer o auto-exame da boca?	38	35,84	68	64,15

DISCUSSÃO

Os idosos que frequentam a escola de avós da Ceilândia - DF estão na faixa etária acima de 60 anos, numa grande maioria de mulheres. Nos três encontros que os pesquisadores compareceram na escola de avós, os exames foram feitos em **81** mulheres e **25** homens. Essa prevalência do gênero feminino evidencia que as mulheres participam mais dos encontros e atividades de saúde promovidas pela escola de avós.

Nos exames bucais realizados nas mucosas, observou-se a presença das seguintes lesões: úlcera em lábio inferior (**0,95%**); fibroma, alteração de cor por manchamento de amálgama, lesão branca e lesões por prótese fraturada em mucosa jugal (**5,66%**); fibroma; lesão rugosa e pólipona língua (**2,83%**); lesão branca, fibrose (por uso de prótese) e lesão branca na gengiva/rebordo alveolar (**3,77%**); lesão branca no assoalho da boca (**0,95%**); hiperplasia e candidose no palato (**2,83%**) e trauma no fundo de saco de vestibulo por prótese mal adaptada (**0,95%**).

Demonstrando que as lesões bucais mais frequentes foram as de mucosa jugal, seguindo-se das de gengiva/rebordo alveolar. O percentual de lesões que apareceram na língua e no palato foi o mesmo, diferenciando suas causas (pólipo, fibroma e lesão rugosa na língua enquanto que no palato, apareceram hiperplasia e candidose). Não foram observadas lesões nas seguintes mucosas: lábio superior, comissura labial, orofaringe, e trígono retromolar.

As lesões brancas, fibrosas e candidose encontradas nas mucosas orais estavam relacionadas ao uso de próteses mal adaptadas, antigas e mal higienizadas^{8,9}. Enquanto que os hematomas por trauma na mucosa jugal e no fundo de saco de vestibulo foram devido a próteses fraturadas e também mal adaptadas^{8,9}.

A má higienização de próteses em associação ao trauma nas mucosas orais é um fator que predispõe a candidíase, pois o desenvolvimento do parasita depende das condições gerais de saúde do hospedeiro^{9,10}. A presença de lesões orais, tais como candidíases e hiperplasias mucogengivais tem relação ao uso de próteses removíveis iatrogênicas ou à higienização inadequada das mesmas; assim como a ocorrência de úlceras

traumáticas deve-se às adaptações insatisfatórias de próteses^{11,12}.

Os estudos tem identificado o paciente idoso como o mais suscetível ao aparecimento de candidíase atrófica, tanto por fatores locais, como o uso de próteses removíveis, como também por fatores sistêmicos devido às alterações imunológicas, doenças sistêmicas subclínicas, uso de agentes farmacológicos, deficiências nutricionais e exposição a doenças oportunistas¹².

Identifica-se a ausência de assistência odontológica posteriormente à colocação de próteses como um dos fatores relevantes à grande necessidade de reparos ou substituições dessas e, também à prevalência de lesões relacionadas às mesmas^{8,13,14,15,16}.

Quanto à existência de próteses, todos os tipos de próteses removíveis foram encontrados, totalizando 157 próteses; sendo 114 próteses removíveis totais e 43 próteses removíveis parciais. Especificamente, observamos a presença de: próteses totais superiores (PTS: 44,58%), próteses totais inferiores (PTI: 28,02%), próteses parciais superiores (PPS: 11,46%), próteses parciais inferiores (PPI: 15,92%). Observamos também ausência de 126 próteses removíveis: PTS (15,07%), PTI (26,19%), PPS (29,36%), PPI (29,36%). Assim como detectamos a necessidade de 79 próteses removíveis, considerando ausências ou necessidade de troca das próteses existentes, conforme se segue: PTS (39,24%), PTI (22,78%), PPS (8,86%), PPI (29,11%).

Assim como já verificado em estudos anteriores, houve uma maior necessidade de próteses totais removíveis do que de próteses parciais removíveis pela alta prevalência de edentulismo^{18,14,17}.

Quanto ao nível de instrução de higiene oral, observou-se que **97,16%** dos idosos examinados sabem higienizar os dentes/próteses e **68,86%** higienizam os dentes/próteses três vezes ou mais ao dia. Os idosos, em **43,39%**, disseram ter aprendido sobre higiene oral com a equipe de saúde bucal que frequenta a escola de avós da Ceilândia - DF, mas apenas **35,84%** desses idosos sabem fazer o autoexame da boca.

É importante que os idosos tenham uma auto-percepção em relação aos cuidados da saúde e especificamente na saúde bucal, as orientações para uma higiene adequada dos dentes e/ou próteses¹⁸. Os retornos periódicos ao dentista após tratamentos protéticos e reabilitadores são fundamentais para se promover essas orientações quanto à adequada higienização de próteses ao paciente idoso ou seu cuidador^{1,19}.

CONCLUSÕES

Os achados deste estudo podem ser sintetizados nos seguintes itens: (1) O gênero feminino teve uma maior adesão às atividades propostas pela Escola de Avós - Ceilândia, indicando maior preocupação com a saúde global e bucal; (2) As lesões bucais mais frequentes foram as de mucosa jugal, seguindo-se das de gengiva/rebordo alveolar. O percentual de lesões que apareceram na língua e no palato foi o mesmo, diferenciando suas causas (pólipo, fibroma e lesão rugosa na língua; enquanto que no pala-

to, apareceram hiperplasia e candidose); (3) As lesões bucais ocorreram quando existiam próteses mal adaptadas, fraturadas, antigas e mal higienizadas; (4) Não foram observadas lesões nas seguintes mucosas: lábio superior, comissura labial, orofaringe, e trígono retromolar; (5) Quanto ao nível de instrução de higiene oral, observou-se que 97,16% dos idosos examinados sabem higienizar os dentes/próteses, 68,86% higienizam os dentes/próteses três vezes ou mais ao dia. E, 43,39% desses idosos disseram ter aprendido sobre higiene oral com a equipe de saúde bucal da escola de avós da Ceilândia- Distrito Federal, mas apenas 35,84% desses idosos sabem fazer o autoexame da boca. (6) O edentulismo ainda é uma realidade da população idosa, pelo percentual elevado de existência e necessidade de troca ou colocação de próteses. O conceito de uma atenção interdisciplinar ao adulto e ao idoso precisa ser induzido na área de Odontologia a fim de se ter uma presença efetiva da equipe odontológica (cirurgião-dentista e técnico em higiene dental) em equipes de assistência ao idoso.

REFERENCIAS

1. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglion C, Coronatto EAS. Odontogeriatrics - a saúde bucal na terceira idade. RFO. 2008; 13 (2): 82-86.
2. Vargas AM, Vasconcelos M, Ribeiro MTF. Saúde Bucal: atenção ao idoso. Nescon/UFMG. 2011.
3. Felix JS. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional, artigo de revisão. 2012. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo3717.htm>. Acessado em 15/abr/2013.
4. Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatrics: sugestão de um programa de prevenção. Geriatric dentistry: suggestion of a prevention program. Pós-Grad Rev Fac Odontol. 2001; 4 (1): 57-63.
5. Silva EMM, Silva Filho CE, Fajardo RS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças Fisiológicas e Psicológicas na Velhice Relevantes no tratamento odontológico. Revista Ciência em Extensão. 2005; 2 (1):1.
6. Miranda AF, Siebra MP. Atendimento odontológico de pacientes com demência (Alzheimer e Parkinson). In: Odontogeriatrics: Uma visão gerontológica. Rio de Janeiro: Editora Elsevier; 2013.
7. Brunetti R, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 481.
8. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2002 set-out; 18(5): 1313-1320.
9. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Genari Filho H, Assunção WG. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2005 jan -abr; 5 (1): 85-90.

10. Budtz Jorgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of artificial dentures. *J Oral Pathol Med*, Copenhagen. 1981 abril 10; p. 65-80.
11. Grecca KAM, Silva Júnior W, Tomita NE, Bastos MTAA. Uso de próteses totais e lesões em tecidos moles na terceira idade. *PCL*. 2002; 4(22): 496-501.
12. Paraguassúl GM, Pimentel PA, Santos AR, Gurgel CAS, Sarmiento VA. Prevalência de lesões bucais associadas ao uso de próteses dentárias removíveis em um serviço de estomatologia. *Revista Cubana de Estomatologia*. 2011; 48(3): 268-276.
13. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*. 1992; 26:155-160.
14. Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um Centro de Saúde. *Revista Brasileira de Odontologia*. 1997; 54:107-110.
15. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: Quais os problemas bucais existentes? *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*. 1997; 51:573- 576.
16. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba - SP: 1998. *RPG Revista de Pós-Graduação*. 2000; 7:7-13.
17. 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*. 2005 nov-dez; 21(6): 1665-1675.
18. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(4): 1099-1109.
19. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. The profile of caregivers for the elderly and oral health perception. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11 (21): 39-50.