

Avaliação das condições sistêmicas e bucais de um grupo de idosos não institucionalizados de Franca, São Paulo: realidade e necessidade de reabilitação oral

RONALDO ANTÔNIO LEITE*, MARCELO VINÍCIUS OLIVEIRA VESPÚCIO**, MARCELO RODRIGUES AZENHA***, ALESSANDRA APARECIDA CAMPOS****, SUZIE APARECIDA DE LACERDA*****

*Mestrando da Área de Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto/SP.

**Graduado pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto/SP.

***Cirurgião-dentista do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto/SP.

****Professora Doutora do Curso de Odontologia da Universidade de Franca (UNIFRAN) – Franca/SP.

*****Professora Associada do Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto/SP.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar o levantamento dos problemas de saúde bucal do idoso não institucionalizado em atendimento no Centro de Convivência do Idoso da cidade de Franca, São Paulo. Os resultados mostraram que, de um total de 210 indivíduos acima de 65 anos, 82,4% eram do sexo feminino, e a raça branca foi predominante. A hipertensão foi a doença sistêmica mais comum (21,5%). Os desdentados totais eram 75,7%, e 11% eram parcialmente dentados em ambos os arcos. A média de dentes por pessoa foi 12, dos quais 5,8 eram cariados. Dos 174 usuários de próteses, 84,5% disseram não ter recebido informação quanto à troca e 77% não receberam instrução quanto ao método para higiene. A maioria das próteses encontrava-se em más condições de higiene (47,5%). As patologias orais mais frequentes foram candidíase (28,4%), hiperplasia fibrosa (21,1%) e hiperplasia por câmara de sucção (16,5%).

DESCRIPTORES

Saúde bucal. Idoso. Patologia bucal. Próteses e implantes.

Trabalho realizado na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto/SP.

Endereço para correspondência:

Suzie Aparecida de Lacerda

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP

Departamento de Morfologia, Estomatologia e Fisiologia

Avenida do Café, s/n

CEP 14040-904 – Ribeirão Preto/SP

Fone: (16) 3602-4041/(16) 3621-3346

E-mail: suzie@forp.usp.br

INTRODUÇÃO

Têm-se observado o crescente interesse pelos problemas enfrentados pelos idosos. Dedicar-se ao estudo desses problemas é tarefa difícil, pois compreende conhecimentos profundos de todas as alterações morfológicas e funcionais que estão acontecendo na vida do indivíduo por 30, 40, 50 anos ou mais. Em um processo normal de envelhecimento (senescência), existem naturalmente falências de órgãos e tecidos. O envelhecimento patológico (senilidade) traz maiores dificuldades em razão das doenças comuns nesta faixa etária.

Algumas das alterações do idoso que podem ser citadas são: alteração da personalidade, do humor e da visão, fenômenos depressivos, retardo da condução nervosa e reparo tecidual, perda de elasticidade dos tecidos, etc. Do ponto de vista da cavidade bucal, pode-se notar a presença de lesões orais como hiperplasias por câmara de sucção, hiperplasias fibrosas causadas por prótese mal adaptadas, candidíase, xerostomia, nevralgias, periodontite, úlceras traumáticas, leucoplasias e carcinomas^{5,20}.

O objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento dos problemas de saúde bucal, bem como saber quais as necessidades odontológicas dos pacientes idosos não institucionalizados em atendimento no Centro de Convivência do Idoso, mantido pela prefeitura da cidade de Franca, São Paulo.

MATERIAL E MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos, foram realizados anamnese e exame físico bucal. A anamnese

compreendia um questionário especialmente confeccionado, no qual se registravam os dados de identificação, história médica e familiar, hábitos e vícios, e as avaliações do exame físico. Para complementação da história médica e uso de medicamentos, foram consultados também os prontuários médicos dos pacientes. O exame bucal foi padronizado e realizado sob condições ideais por um único profissional treinado, com a finalidade de conhecer as patologias orais mais frequentes, as condições de higiene oral e as necessidades do idoso em termos de reabilitação oral. Os resultados foram expressos em percentuais. O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética Médica da prefeitura de Franca e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) (processo nº 2001.1.393.58.7).

RESULTADOS

Os pacientes envolvidos neste estudo perfazem um total de 210, sendo 82,4% do sexo feminino e 17,6% do sexo masculino. A maioria era da raça branca (82,7%).

Todos apresentavam idade superior a 60 anos. A faixa etária predominante foi de 60 a 70 anos (60,4%).

O Gráfico 1 mostra a frequência das patologias sistêmicas mais comuns, e cada paciente poderia apresentar mais de uma doença. Em geral, faziam uso de três a quatro medicamentos diariamente. A hipertensão correspondeu a 21,5% dos casos, artrose a 11,9%, diabetes a 8,9%, osteoporose a 7,2% e hipercolesterolemia a 4,3% dos casos.

O hábito oral mais comum foi dormir com a prótese (55,1%), e o vício mais comum foi o de morder mucosa (23,4%). O fumo e álcool não se mostraram práticas comuns entre esses idosos. Convém salientar que tais pacientes recebem, no Centro de Convivência do idoso, informações a respeito de qualidade de vida e vida saudável.

Quando se analisou a condição bucal dos pacientes, observou-se que, para o arco superior, 12,9% deles apresentavam-se parcialmente dentados e 87,1% (183) eram desdentados totais (Gráfico 2A). Para o arco inferior, 21,9% encontravam-se parcialmente dentados

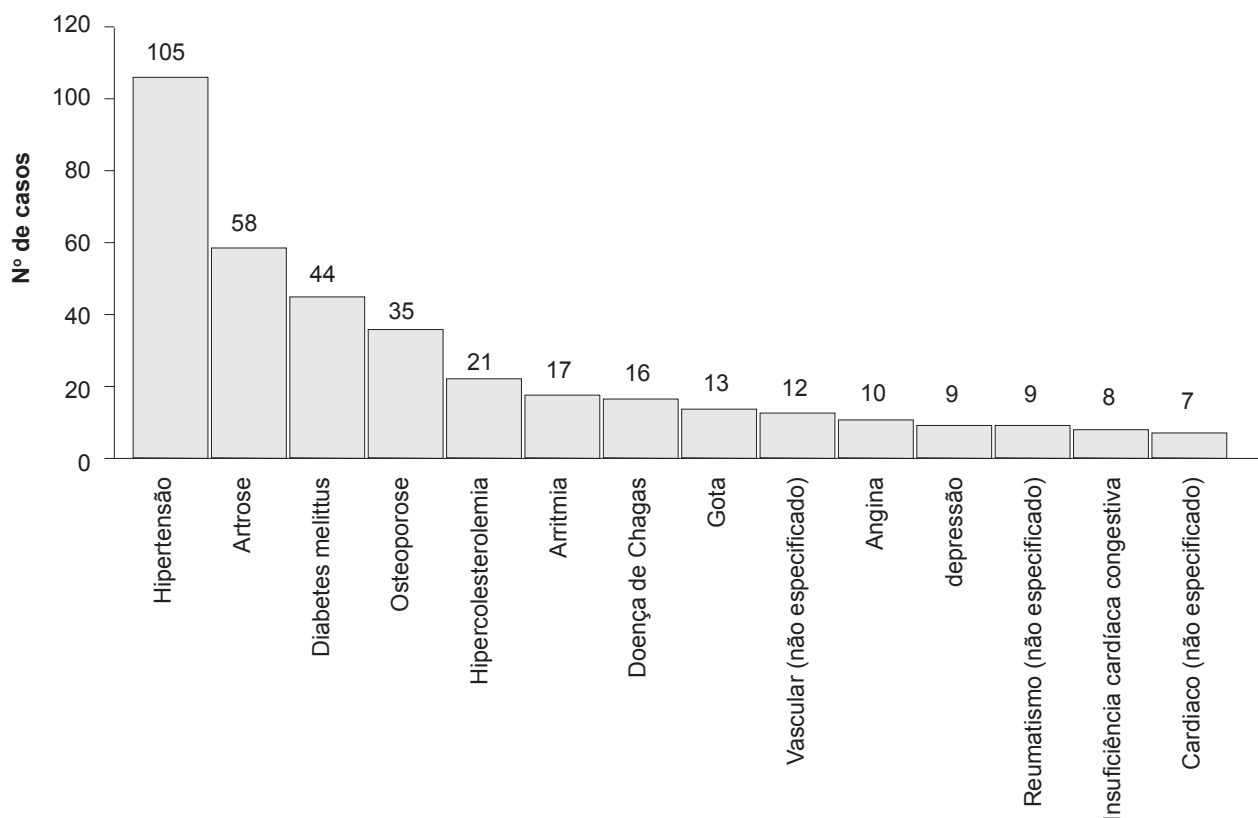


Gráfico 1 - Distribuição, por patologia, das doenças sistêmicas constatadas nos pacientes avaliados no Centro de Convivência do Idoso, no município de Franca, São Paulo, 2000.

e 77,6% (163) eram desdentados totais (Gráfico 2B). Dentre os desdentados totais, 8,2 e 32,5% respectivamente para o arco superior e inferior não utilizavam aparelho protético.

Em resumo, 159 pacientes eram desdentados em ambos os arcos (75,7%), 47 eram dentados parciais para o arco superior e 27 para o inferior, e apenas 23 eram parcialmente dentados em ambos os arcos (11%). Dos pacientes dentados, obtivemos uma média de 12 dentes por pessoa, dos quais 5,8 eram cariados.

Quando se analisou a situação das próteses em geral, encontrou-se que 47,5% estavam ruins, 39,2% apresentavam-se em condições razoáveis e 13,3% estavam em boas condições. Dos 174 usuários, 84,5% disseram não ter recebido informação quanto à troca e 77% não receberam instrução quanto ao método para higiene.

As próteses foram examinadas em relação ao seu estado geral e classificadas como ruins se apresentassem desgastes expressivos dos dentes, ausência de dentes, fraturas de base ou grampos, ausência dos dentes pilares, presença de cálculo, alteração de cor e instabilidade na fala e mastigação. As razoáveis apresentavam pouco desgaste dental e razoável estabilidade, e não exibiam ausência de dentes e de pilares, fraturas de base ou grampos, cálculo ou fraturas. As próteses boas estavam com estabilidade adequada, sem desgaste dental perceptível,

sem placa ou cálculo e sem fraturas de qualquer espécie (eram geralmente recém-confeccionadas).

A higiene dos aparelhos protéticos foi classificada em boa (quando não apresentava matéria alba e cálculo visíveis a olho nu), ruim (quando havia presença de cálculo) e péssima (quando exibia cálculo, matéria alba visível e grandes pigmentações).

Em relação à frequência de higiene bucal e à forma como a realizavam, a maioria (63,8%) afirmou fazê-la de três a quatro vezes ao dia. Os métodos de higiene consistiam em escova e creme dental (57,5%) ou apenas escova dental (20,5%). Dentre os idosos, 22% utilizavam escova e creme dental associados aos mais diversos produtos para limpeza, como álcool, bicarbonato, hipoclorito de sódio, detergente, cloro e água oxigenada. Apesar de todo o esforço e da pouca orientação, o estado das próteses quanto à higiene não condizia com as tentativas de mantê-las limpas.

Ao se questionar sobre os motivos de insatisfação das próteses, encontrou-se instabilidade, dor, desgaste dos dentes, fratura, ausência da prótese inferior e estética entre os principais motivos (Gráfico 3).

O Gráfico 4 mostra a frequência das patologias encontradas (muitas vezes mais de uma por indivíduo). A candidíase foi a patologia mais comum (28,4% do total de ocorrências), seguida pela hiperplasia fibrosa (21,1%) e hiperplasia pela presença de câmara de

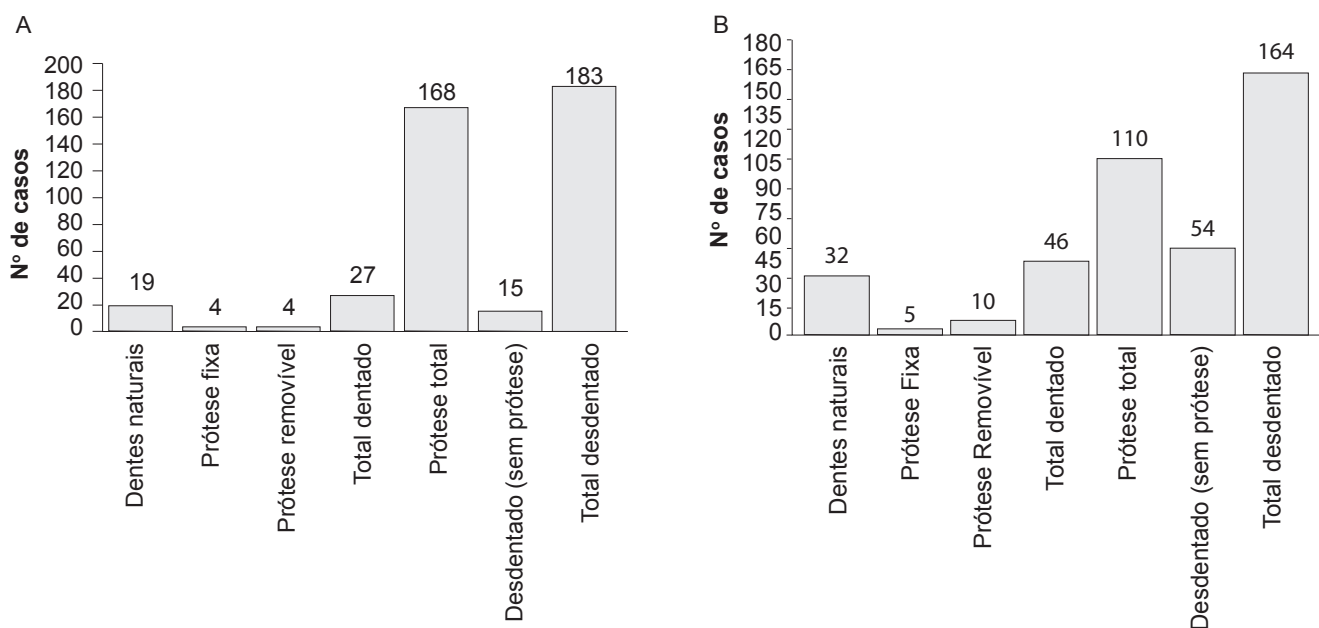


Gráfico 2 - Distribuição geral da condição bucal em relação à presença de dentes, próteses fixas, removíveis e totais e/ou desdentados totais sem uso de prótese para o arco superior (A) e inferior (B) dos pacientes avaliados no Centro de Convivência do Idoso, no município de Franca, São Paulo, em 2000.

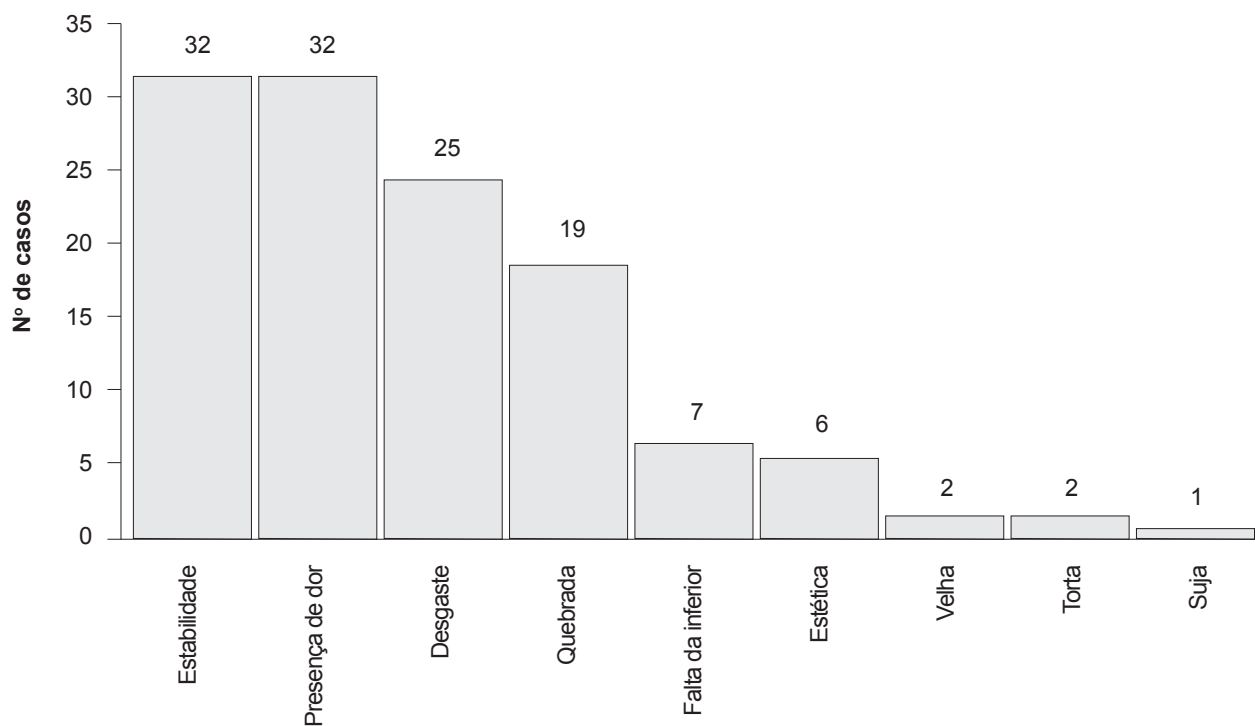


Gráfico 3 - Distribuição geral das principais razões de insatisfação, em relação à prótese, relatadas pelos pacientes avaliados no Centro de Convivência do Idoso, município de Franca, São Paulo, em 2000.

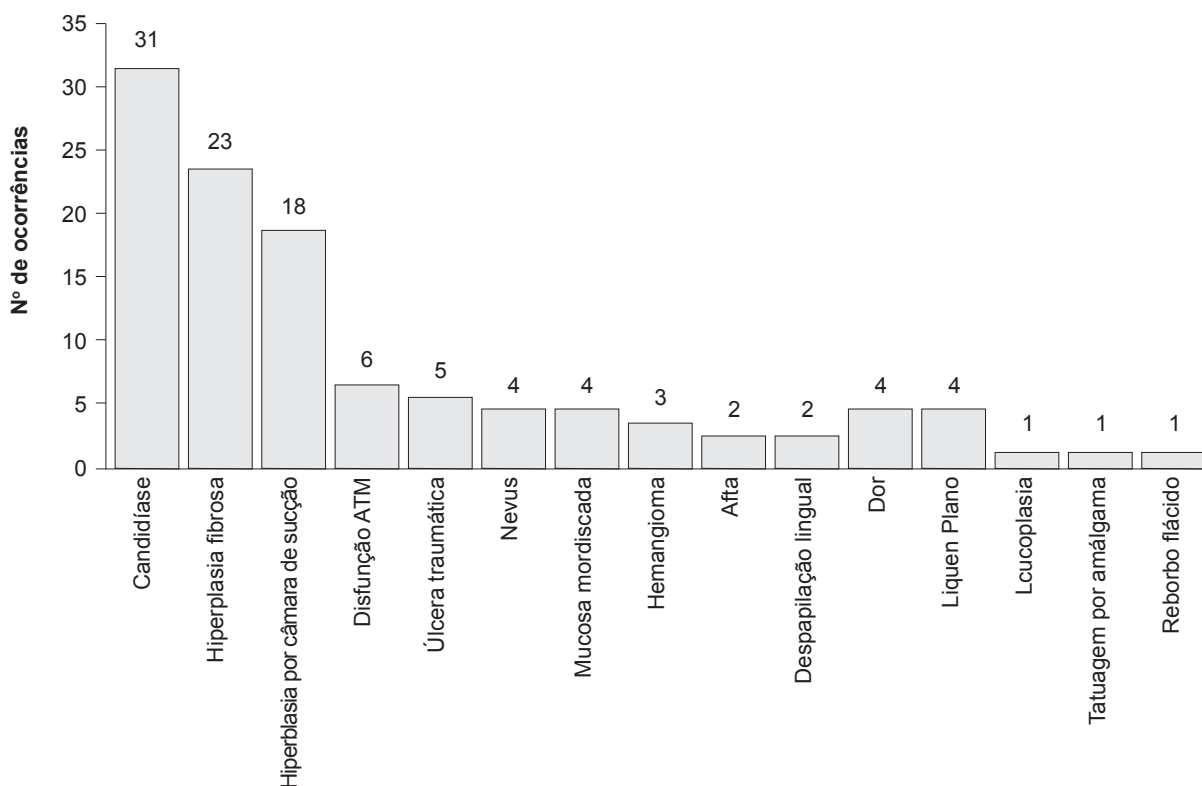


Gráfico 4 - Distribuição das patologias orais encontradas nos idosos examinados no Centro de Convivência do Idoso, município de Franca, São Paulo, em 2000.

sucção (16,5%). Quanto à disfunção da articulação temporomandibular (ATM), apenas foram computados os casos com presença de dor ou desconforto.

Em relação às próteses totais, constatou-se que, dos 169 usuários de dentaduras em um ou ambos os arcos, 98% não utilizam produtos para fixação delas e 34% queixaram-se de alteração do paladar pelo uso da prótese. Das dentaduras, 35% estavam fraturadas. Quanto à estabilidade, 76% das superiores foram consideradas boas contra apenas 41% das inferiores.

Dentre os pacientes, 13 eram portadores de próteses removíveis, dos quais apenas um utilizava prótese removível superior e inferior. Dentre eles, 11 eram portadores de doença periodontal (84,6%) e apenas 2 apresentavam periodonto sadio (15,4%). Dessas próteses, 4 apresentavam pilares ausentes (28,6%), duas apresentavam grampos fraturados (14%) e uma era prótese removível sem grampo (7%).

Dos pacientes examinados, 8 eram portadores de próteses fixas (4%). Neles estavam presentes 13 próteses fixas definitivas, das quais 100% eram supragengivais, 5 apresentavam boa adaptação (38,5%), 7 apresentavam adaptação razoável (53,8%) e 1 estava mal adaptada (7,7%).

DISCUSSÃO

Há uma concordância na literatura a respeito da perda de estrutura óssea de suporte dos elementos dentais com o avanço da idade, embora as causas descritas sejam as mais diversas, como processo de erupção passiva e contínua dos dentes, perda de fibras periodontais pelo próprio envelhecimento, processos patológicos, debilidade motora que dificulta a higiene oral nos idosos e até presença de doenças arterioscleróticas, falhas cardíacas e doença cardíaca isquêmica^{3,6,7,16}.

No trabalho de Meurman *et al.*¹⁰, a doença periodontal foi a infecção bucal mais comum (96%). Hamasha *et al.*⁶ sugerem relação entre doença cardiovascular e perda dental. Neste trabalho, observou-se a presença marcante da doença periodontal nos idosos dentados da amostra, encontrando-se 85% de periodontite nos 51 pacientes parcialmente dentados. Frare *et al.*⁵ encontraram apenas 29,5% dos pacientes com dentes e, destes, 34% com alteração periodontal. As debilidades motoras decorrentes do envelhecimento podem ser mais um dos fatores pela má higiene, placa, cálculo e doença periodontal¹⁵. A higiene da cavidade bucal e das próteses, neste trabalho, não se apresentava satisfatória. Das 181 próteses, apenas 20%

estavam com boas condições de higiene. Os métodos e frequência de higiene não correspondiam ao que se apresentava clinicamente, fato que o qual está de acordo com o trabalho de Frare *et al.*⁵. Além disso, 84,5% dos pacientes relataram não ter recebido informação quanto ao período de troca e 77% não receberam instrução quanto ao método de higiene.

Com a diminuição da umidade bucal natural pela redução da percepção de sede, tem-se o aumento do risco às infecções bucais, particularmente a candidíase atrófica, o que resulta em sintomatologia dolorosa, ardência e perda da vontade de alimentar-se¹². A candidíase do tipo localizada parece estar associada ao trauma local, enquanto o tipo generalizado tem o trauma como fator predisponente^{1,2}. A frequência de escovação, no entanto, segundo alguns autores, parece não se relacionar à presença de estomatite protética^{8,11}. Em nosso trabalho, essa foi a patologia oral mais frequente, seguida de outras como hiperplasia fibrosa, hiperplasia por câmara de sucção, entre outras, e a higiene poderia ser considerada um fator relacionado ao aparecimento da infecção. Frare *et al.*⁵, em seu trabalho com população idosa, também encontrou alta prevalência de usuários de próteses totais (50%) e grande frequência de candidíase e hiperplasias por câmara de sucção.

A xerostomia pode estar relacionada muito mais às doenças sistêmicas e medicamentos para seu controle do que ao processo normal de envelhecimento¹⁴. Alguns autores mostram que a idade não se reflete em alteração da produção de saliva em indivíduos idosos saudáveis e que não fazem uso de medicamentos^{4,13,14,17,19}. Os medicamentos como os anti-hipertensivos antidepressivos, antipsicóticos, diuréticos, calmantes, betabloqueadores, entre outros, produzem xerostomia como efeito colateral¹⁵. Neste trabalho, pôde-se observar que cada idoso fazia uso de três a quatro medicamentos desses grupos por dia⁵.

As alterações sistêmicas mais comuns no idoso são hipertensão, demência e mal de Parkinson^{6,10,14}. Outra patologia médica bastante comum é a depressão⁹. Neste trabalho, as maiores prevalências ficaram com hipertensão (21,5%), artrose (11,9%), osteoporose (7,2%) e diabetes (8,9%). Esses dados estão de acordo com o trabalho de Frare *et al.*⁵, no qual a frequência destas patologias foi de 32,7% para hipertensão, 18,2% para distúrbio cardíaco e 8,5% para a diabetes.

A maior parte dos idosos desta pesquisa era desdentada. Além desse resultado, alguns outros dados

foram muito semelhantes aos do trabalho desenvolvido por Frare *et al.*⁵. A maior parte dos desdentados totais utilizava apenas a prótese total no arco superior pela queixa de que a inferior incomoda, não é estável ou ainda que machuca. A média de dentes presentes para os parcialmente dentados foi de 9 no estudo dos autores previamente citados e de 12 nesta pesquisa, e a média de dentes cariados foi de 5,8 por indivíduo.

Quando se analisa o idoso, deve-se lembrar de que eles fazem parte de duas realidades: aquele que vive sua velhice no seio da família e aquele que passa por essa etapa da vida em instituições. De acordo com Toledo *et al.*¹⁸, as realidades desses dois grupos diferem e a necessidade de atendimento é maior no grupo institucionalizado. Pôde-se observar, neste trabalho, a carência de atendimento odontológico e a grande necessidade de tratamento reabilitador, particularmente a

instalação de próteses totais, nos indivíduos incluídos neste estudo.

CONCLUSÕES

Acreditamos na necessidade urgente de uma política nacional direcionada à saúde oral do idoso. A Medicina vem desenvolvendo esse trabalho com a criação de centros de atendimento aos idosos e campanhas de saúde pública voltadas às doenças comuns da idade. Cabe a nós, cirurgiões-dentistas, nos posicionarmos diante da realidade da população idosa brasileira. Esperamos que com os dados apresentados neste trabalho possamos contribuir para o conhecimento da situação bucal do idoso e para a construção de uma política para melhorar o serviço de atendimento a essa comunidade, baseada no diagnóstico, controle, restabelecimento e manutenção da saúde oral.

Abstract

Evaluation of oral and systemic conditions of a group of non-institutionalized elderly in Franca, São Paulo: reality and need for oral rehabilitation

The objective of this research was to evaluate the oral problems on elderly non institutionalized population on the Centro de Convivência do Idoso, in Franca city, São Paulo. The results showed that, in a total of 210 elderly with 65 years old or more than this, 82.4% were female, and the white race was predominant. Hypertension was the most common systemic disease (21.5%). The completely edentulous people were 75.7%, and 11% were dentate in both arches. The average of tooth was 12, with 5.8 decayed tooth. From 174 users of prosthesis, 84.5% never have had instructions of when exchange the prosthetic apparatus and 77% didn't know how to clean them. Most prostheses were in bad conditions of hygiene (47,5%). The most common oral pathologies were candidiasis (28.4%), fibrous hyperplasia (21.1%) and suction chamber hyperplasia (16.5%).

DESCRIPTORS

Oral health. Aged. Oral pathology. Prostheses and implants.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Budtz-Jorgensen E, Bertram U. Denture stomatitis. I: The etiology in relation to trauma and infection. *Acta Odont Scand* 1970;28(1):71-92.
2. Budtz-Jorgensen E, Bertram U. Denture stomatitis. II: The effect of antifungal and prosthetic treatment. *Acta Odont Scand* 1970;28(3):283-304.
3. Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal disease and cardiovascular disease. *J Periodontol* 1996;67(10 Suppl):1123-37.
4. Chamberlain C, Yeh CK. Site specific changes in oral tactile perception with aging. *Gerontology* 1995;35:317.
5. Frare SM, Limas PA, Albarello EJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev APCD* 1997;51(6):573-6.
6. Hamasha AA, Hand JS, Levy SM. Medical conditions associated with missing teeth and edentulism in the institutionalized elderly. *Spec Care Dentist* 1998;18(3):123-7.
7. Joshipura KJ, Rimm EB, Douglas CW, Trichopoulos D, Ascherio A, Willet WC. Poor oral health and coronary heart disease. *J Dent Res* 1996;75(9):1631-6.
8. Lowe WD, Goska FA, Mixson FJ. The etiology of mucosal inflammation associated with dentures. *J Prosthet Dent* 1967;18(6):515-27.
9. Lyness JM, Duberstein PR, King DA, Cox C, Caine ED. Medical illness burden, trait neuroticism, and depression in older primary care patients. *Am J Psychiatry* 1998;155(7):969-71.
10. Meurman JH, Pajukoski H, Snellman S, Zeiler S, Sulkava R. Oral infections in Home-living elderly patients admitted to the acute geriatric ward. *J Dent Res* 1997;76(6):1271-6.

11. Mikkonen M, Nyyssönen V, Paunio I, Rajala M. Oral hygiene, dental visits and age of denture for prevalence of denture stomatitis. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12(6):402-5.
12. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odontol Mod* 1992;19(4):11-13.
13. Osterberg T, Birkhed D, Johansson C, Svanborg A. Longitudinal study of stimulated whole saliva in an elderly population. *Scand J Dent Res* 1992;100(6):340-5.
14. Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhn S, Keinänen S, Sulkava R. Salivary flow and composition in elderly patients referred to an acute care geriatric ward. *Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod* 1997;84(3):265-71.
15. Parajara F, Guzzo F. Sim, é possível envelhecer saudável. *Rev APCD* 2000;54(2):91-9.
16. Paunio K, Impivaara O, Tiekso J, Mäki J. Missing teeth and ischemic heart disease in men aged 45-64 years. *Eur Heart J* 1993;14(Suppl K):54-6.
17. Ship JA, Noran NE, Puckett SA. Longitudinal analysis of parotid and submandibular salivary flow rates in healthy, different-aged adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995;50(5):285-9.
18. Toledo R. Saúde bucal em idosos de Piracicaba. *In: Anais da 16ª Reunião Anual da SBPqO*; 1999; São Paulo.
19. Weiffenbach JM, Tylden CA, Baum BJ. Oral sensory changes in aging. *J Gerontol* 1990;45(4):121-5.
20. Werner CW, Saunders MJ, Paunovich E, Yeh C. Odontologia Geriátrica. *Rev Fac Odontol Lins* 1998;11(1):62-70.

Recebido em: 3/11/11

Aceito em: 17/4/12