


Educação em saúde bucal em idosos portadores de DCNT: Condutas práticas para o autocuidado

Oral health education for elderly with NCDs: Practical guidelines for self-care

 <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-092>

Ricardo Militão

Raimunda Florêncio

Renilson Militão da Silva

Renata Kelly de Lima e Silva

RESUMO

O presente capítulo analisa dados e reflexões decorrentes da literatura sobre a educação em saúde bucal em idosos com DCNT, propõe condutas praticas para o autocuidado e a atuação da equipe multiprofissional diante da problemática exposta. A busca por compreender essas questões e inquietações

foram emergidas durante o curso de Pós-Graduação em Gerontologia promovido pelo Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal-DF e Universidade Federal do Tocantins.

ABSTRACT

This chapter analyzes data and reflections arising from the literature on oral health education in the elderly with NCDs, proposes practical conducts for self-care and the performance of the multiprofessional team before the exposed problem. The search for understanding these issues and concerns emerged during the post-graduation course in Gerontology promoted by the Regional Pharmacy Council of the Federal District-DF and the Federal University of Tocantins.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo analisa dados e reflexões decorrentes da literatura sobre a educação em saúde bucal em idosos com DCNT, propõe condutas praticas para o autocuidado e a atuação da equipe multiprofissional diante da problemática exposta. A busca por compreender essas questões e inquietações foram emergidas durante o curso de Pós-Graduação em Gerontologia promovido pelo Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal-DF e Universidade Federal do Tocantins.

Define-se como doenças crônicas não-transmissíveis aquelas doenças adquiridas por um indivíduo ao longo de sua vida, de caráter multifatorial, que não são transmissíveis por nenhuma via de contato e que apresentam quadro de cronicidade. Tais doenças são responsáveis por um significativo número de morbidades e até mesmo óbitos quando não tratadas devidamente. Sedentarismo, estresse, alta ingestão de alimentos industrializados, dieta hiperglicêmica ou rica em lipídeos, falta de sono e carga genética podem ser citados como fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT. Dentro desse grupo de doenças podem ser citadas: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença pulmonar

obstrutiva crônica (DPOC), câncer, transtornos neuropsiquiátricos, transtornos musculoesqueléticos e até mesmo doenças renais.^{1,2,3}

Diante desse cenário epidemiológico com alta prevalência das DCNT na população, mudanças nos paradigmas de atenção em saúde têm promovido uma profunda remodelação na forma de se enxergar o processo saúde-doença, no qual o paciente tem íntima relação de responsabilidade durante todo o tratamento, em especial na saúde bucal.⁴

A educação em saúde torna-se indispensável, dado seu valor de resposta frente às demandas epidemiológicas levantadas pelas ações de vigilância em saúde. Dessa maneira, conforme Malta et al (2006), frente ao impacto econômico e social que as DCNT trazem à sociedade, é de ímpar valor que a prevenção seja observada como meio de reduzir a incidência dessas mazelas.⁵

Conforme Buss (2009), a promoção de saúde se propõe à transformação do indivíduo, de seu comportamento e estilo de vida dentro do seu contexto familiar e, de maneira macro, dentro de seu contexto comunitário não só promovendo o empoderamento individual, mas adequando-se ao conceito mais moderno de promoção em saúde, considerando também, os diversos determinantes que irão influenciar no produto final de saúde daquele indivíduo. Ainda dentro desse contexto, Lefevre (2004) aponta a necessidade de uma abordagem pedagógica não-normativa e dialogal. Esse tipo de abordagem visa a contextualização do conhecimento científico com o senso comum, de forma a intrinsecar aquele neste, de maneira à efetividade da ação mediante sua inserção no contexto cultural da comunidade alcançada.^{6,7}

Ainda conforme Lefevre (2004) a realidade social e suas implicações na vida do indivíduo idoso traz consigo, também, algumas questões que podem influenciar significativamente na sua qualidade de vida. Dentre essas questões encontram-se a desvalorização do indivíduo idoso enquanto sujeito atuante, a atenção médica por muitas vezes voltada ao tratamento deste indivíduo como um ser incapaz, bem como sua desvalorização social como sujeito atuante. Cabe salientar ainda o que aponta Almeida (2008), que ainda é pouco comum ao cirurgião-dentista a visão de que a prática de ações preventivas coletivas junto à sociedade é necessária e efetiva na prevenção de doenças da cavidade oral.^{8,9}

Com o processo de envelhecimento, ocorrem algumas alterações na cavidade oral que implicam para atenção odontológica, tais como a xerostomia ocasionada pela degeneração da glândulas salivares inerentes ao período da velhice. Não obstante a degeneração fisiológica, medicações como antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos, ansiolíticos e anticolinérgicos podem contribuir para o agravamento dessa situação.¹⁰

As alterações no periodonto durante a velhice também são importantes e caracterizam-se por diminuição da resiliência óssea, bem como sua maior fragilidade oriunda do aumento da reabsorção e conseqüente aumento da porosidade óssea. Além do mais, o processo de erupção ativa do dente com conseqüente deposição cementária na região apical, unido à perda de crista óssea com conseqüente exposição radicular aumenta a suscetibilidade da ocorrência da doença cárie na região de cimento. A estrutura dentária se mantém mais irregular, o que facilita a aderência do biofilme dentário e,

consequentemente, maior ação de microorganismos patogênicos, seja para cárie, seja para doença periodontal. Ainda há uma série de outros fatores que devem ser considerados quando observada a saúde bucal de indivíduos idosos e serão tratados posteriormente neste capítulo. ¹⁰

Nesse contexto, o padrão de atenção também sofreu modificações, partindo de um modelo curativo intervencionista para um novo modelo baseado na efetividade da atenção em saúde, tendo na prevenção a principal chave de combate às diversas mazelas que afetam a cavidade oral e tecidos adjacentes. Dentro dessa compreensão, tem sido alvo de constantes discussões a interação de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) com a cavidade oral. ¹¹

Dentre as principais associações das DCNT com a cavidade oral, destacamos a associação medicamentosa, por alterações sistêmicas ou locais como, por exemplo o retardo cicatricial ocasionado pelo uso de Ácido Acetilsalicílico ou mesmo a xerostomia causada pelos ansiolíticos. ¹¹

Dessa maneira, conforme Roque Neto (2009), uma grande parte dessas doenças desperta a necessidade de atenção especial em relação à saúde bucal, pois podem atuar em sinergia e acabar por resultar em agravos ou mesmo em óbito do indivíduo acometido. Pode-se citar como exemplo de reflexos sobre a cavidade oral a polifagia, sintoma do *Diabetes Mellitus* (DM) e que pode prejudicar a saúde bucal do indivíduo ao passo que se mantém constante nutrição às bactérias patogênicas presentes na microbiota desse sítio. Outro exemplo seria a xerostomia ocasionada pelos *alfa-agonistas de ação central* utilizados no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. ¹¹

Logo, torna-se essencial empoderar o indivíduo idoso com ações simples e facilmente assimiláveis voltadas ao auto-cuidado, a fim de se diminuir eventuais agravos das condições de sua saúde oral.

2 O PACIENTE GERIÁTRICO E AS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL: UMA CONSTRUÇÃO CULTURAL

A compreensão das condições de saúde bucal não somente dos indivíduos idosos, assim como de toda a população não deve se limitar exclusivamente à observância dos aspectos biológicos ali presentes, uma vez que, a maioria das afecções comuns na cavidade oral são multifatoriais e envolvem a análise de todo o contexto no qual aquele indivíduo se insere. Dessa forma, Pucca Jr (2000) citado por Barbosa (2011) afirma que no contexto de saúde bucal dos indivíduos idosos, aspectos relacionados às condições socioeconômicas têm maior influência do que os aspectos biológicos. ^{12, 13}

Partindo desse pressuposto, ter a devida compreensão desses aspectos proporciona uma atuação mais efetiva frente às demandas levantadas por essa população não somente nas ações públicas de saúde, como nas ações individuais de cada profissional no trato para com os idosos em seu âmbito de trabalho.

Doença periodontal, cárie e câncer bucal são doenças bucais que podem ser associadas ao envelhecimento e que também são problemas de saúde pública. As duas primeiras possuem etiopatologia multifatorial e complexa, sendo a doença periodontal responsável por importantes associações de sinergia com outras doenças sistêmicas como o diabetes melito e a doença pulmonar obstrutiva crônica. O câncer

bucal, por sua vez, é uma doença de baixas taxas de manifestação na juventude, sendo mais comum na velhice dadas as inúmeras características que circundam sua etiologia como, por exemplo, diminuição na capacidade de regeneração celular e presença de radicais livres.

As doenças que acometem a cavidade oral podem trazer significativos prejuízos aos idosos. Seja nas alterações proporcionadas a níveis sistêmicos, naquelas que afetam a própria cavidade oral, que afetam o convívio social ou a auto-estima do indivíduo, todas podem trazer reflexos que afetarão negativamente a qualidade de vida desses indivíduos.

O projeto SB Brasil 2010 foi um estudo epidemiológico nacional promovido pelo Ministério da Saúde, o qual visava avaliar as condições de saúde bucal em todo o território nacional. Nesse estudo, dentre outros dados, observou-se que dentre os idosos de 65 a 74 anos, aproximadamente 63% utilizavam próteses superiores e 37% utilizavam próteses inferiores. O resultado do índice CPO-D, que é avaliado a presença de dentes cariados, perdidos ou restaurados foi de 27,53, valor este considerado como sendo muito alto.¹⁴

A autopercepção das necessidades de tratamento ou cuidado em um indivíduo é essencial para o enfrentamento de eventuais enfermidades. Na cavidade oral esse fator não é diferente, sendo a ausência dessa percepção de maneira adequada a causadora da não procura de atendimento odontológico em casos de necessidades por parte dos idosos.¹⁵

Dessa forma, considera-se a autopercepção um fator de suma importância na avaliação das alterações que determinadas doenças podem causar na rotina de um indivíduo, dado que os dados epidemiológicos apenas informam o quanto a doença pode prejudicar o labor daquele indivíduo, não sendo considerada a característica individual e específica a cada realidade. Aspectos como escolaridade, renda e orientações prévias são apontados como facilitadores de uma autopercepção adequada por parte dos pacientes.¹⁵

Barreto (2010) aponta que a aparência foi o aspecto que teve maior influência na percepção individual acerca da saúde oral dos idosos brasileiros. Para essa pesquisa foi utilizado o índice GOHAI (*Geriatrics Oral Health Assessment Index*), que avalia a autopercepção de indivíduos em relação aos impactos que sua saúde oral traz para sua rotina.¹⁶

Em geral, ainda que com a presença de doenças bucais, os indivíduos idosos tendem a classificar suas condições de saúde oral como satisfatórias. Esse fato pode ser explicado quando devido à ausência das manifestações clínicas dessas doenças, que somente são percebidas nos momentos em que há dor ou mesmo alterações bruscas da anatomia do local.

Além disso há uma disparidade quanto à auto-percepção, que avalia a subjetividade individual, ao passo que os exames clínicos apresentam dados objetivos, o que fragiliza a relação entre essas duas formas de coletas de dados. A falta de orientação aos pacientes pode, também, ser citada como um elemento influenciador nesses resultados, ao passo que na ausência dela, um auto-exame satisfatório não será esperado.

Outro fator diz respeito à concepção pessoal que muitos idosos têm de que algumas condições são características inerentes à velhice. O edentulismo, perda dentária ou mesmo dores em determinadas regiões do corpo são exemplos de características como as que foram anteriormente citadas.

Quanto às influências sociodemográficas, em relação à autopercepção há controvérsias ao passo que alguns autores afirmam que ter mais idade e menos escolaridade possui influência direta na classificação das condições de saúde bucal como positivas. A renda, entretanto, mostrou-se mais homogênea, mostrando que aqueles que possuem maiores condições financeiras tendem a apresentar classificação mais positiva em relação àqueles com renda inferior.¹⁷

A construção cultural do idoso é importante no entendimento dessa compreensão positiva acerca das próprias condições de saúde oral. Deve-se ter em mente que a pessoa idosa vem de uma época em que a odontologia apresentava uma característica curativa e assistencialista. Entre outras palavras, buscava-se cessar o problema a partir da constatação de sua existência, não sendo dada atenção aos fatores causadores daquela situação.

É importante ter esse fato em mente quando se observa que grande parte dos idosos edêntulos não observam essa condição como um redutor da sua capacidade de mastigação, ainda que com o uso de próteses, dado que essa reproduz cerca de 20% da função mastigatória que um dente teria. Isso deve-se ao senso comum de que, ao passo que o dente apresentava reflexos constantes da resposta fisiológica em combate às injúrias causadas, a prótese não apresenta as dores ou desconfortos que aquele elemento dentário poderia manifestar. Logo, se não há dor, a tendência é que se compreenda que não há problema de saúde também.

Outro aspecto preocupante é a avaliação positiva daqueles indivíduos que apresentavam lesões de tecido mole, dado que a correta identificação de determinadas lesões em tecido mole tornam-se indispensáveis para o diagnóstico precoce do câncer bucal que, em muitos casos, tem seu início em lesões pré-cancerosas que podem ser tratadas e removidas. Essa não identificação por parte dos pacientes aponta para uma ausência de conhecimento quanto aos aspectos de normalidade dos tecidos da boca, o que dificultaria a realização de um bom auto-exame pelos mesmos.¹⁷

3 AS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS: CAVIDADE ORAL X DCNT

3.1 O ENVELHECIMENTO E A FARMACOLOGIA

Quando do estudo do envelhecimento, diversas teorias podem surgir para explicar este fenômeno que é intrínseco a todos os seres vivos. Pode-se citar dessas teorias, a teoria das espécies reativas de oxigênio e a teoria genética. Na primeira, o envelhecimento se dá por ação dos radicais livres que, mediante estresse oxidativo e diminuição da efetividade de combate a esse estresse, resultará na apoptose celular. A segunda teoria afirma que o envelhecimento seria algo programado com participação ativa dos telômeros, que seriam os fatores determinantes e limitadores para a não continuidade da divisão celular a partir daquele momento.

Dentro do entendimento que o indivíduo idoso está sujeito a uma série de alterações que o distinguem de maneira significativa dos adultos jovens e que há uma compreensão bem aceita que este processo é multifatorial, é imprescindível ao profissional clínico o conhecimento dessas alterações.¹⁸

Dentro da farmacocinética, a alteração de maior influência nesses indivíduos é a capacidade reduzida de eliminação dos fármacos pelos rins. Todavia, não obstante tal fato, podemos citar, também, ainda no contexto da farmacocinética, pode-se citar alterações como: redução da atividade gastrointestinal, redução da circulação nos músculos e conseqüente absorção mais lenta das drogas, o acúmulo das drogas nos tecidos e diminuição da atividade hepática com conseqüente redução do *clearance* metabólico.¹⁸

Assim como a farmacocinética, a farmacodinâmica também sofre alterações no envelhecimento. As alterações mais comuns estão relacionadas à atividade da insulina, dos neurotransmissores e dos receptores nas membranas das células de defesa.¹⁸

Logo, a compreensão destes fatores pelos profissionais que atendem a este público torna-se imprescindível. Todavia, a complexidade da compreensão do indivíduo idoso e suas particularidades torna-se ainda maior quando se considera a polifarmácia e as interações medicamentosas, seja de um fármaco para com o outro, seja do fármaco para com o próprio indivíduo.¹⁹

4 EXEMPLIFICANDO: O DIABETES MELLITUS E AS ALTERAÇÕES NA CAVIDADE ORAL

O *Diabetes Mellitus*, junto às doenças cardiovasculares, são aquelas de maior ocorrência dentro da população idosa. Essa doença, que é caracterizada pela redução da produção ou pela resistência à ação da insulina traz consigo uma série de alterações e agravos para a saúde do idoso.²⁰

Um exemplo comum de alterações causadas pela doença seria a diminuição da cicatrização presente nestes indivíduos. Esse retardo se dá devido à interação que a insulina possui com o ácido hialurônico, esse que, por sua vez, é liberado previamente ao colágeno. Em situações de baixa quantidade de insulina, conseqüentemente, haverá também, baixa quantidade do ácido hialurônico e conseqüente retardo cicatricial.²⁰

Dentre os sintomas do *Diabetes Mellitus*, pode-se citar: glicosúria, poliúria, polidipsia e polifagia. Para a atuação odontológica, a polifagia toma importante significância ao passo que confere constante fornecimento de substrato para nutrição do biofilme presente na cavidade oral, o que se torna um fator de risco tanto para o desenvolvimento de lesões cáries, como para doença periodontal. Não obstante tudo isso, esse processo patológico possui estreita relação com a doença periodontal.²⁰

Abaixo segue quadro que aponta relação de causa e efeito comparando manifestações patológicas do *Diabetes Mellitus* com a doença periodontal:

Figura 1 – Relação das manifestações patológicas do *Diabetes Mellitus* com a doença periodontal

Manifestação Patológica	Interação com a Doença Periodontal
Aumento de glicose no fluido crevicular gengival	Favorecimento ao desenvolvimento de algumas espécies patológicas de microorganismos
Exposição contínua à condição hiperglicêmica nos tecidos / cetoacidose	Dificulta o escoamento de catabólitos, ação do sistema imune e difusão de O ₂
Diminuição da circulação periférica mediante espessamento vascular	Reduz o fornecimento nutricional às camadas mais superficiais dos tecidos gengivais
Baixas quantidades de insulina	Diminuição da produção de matriz óssea, da síntese de colágeno e aumento da ação da colagenase

Embora seja fator de risco para o agravamento da doença periodontal, é sabido que um paciente que realize o devido controle de biofilme e que se apresente compensado quanto à doença possui maior qualidade de saúde oral, do que aqueles que apresentam níveis altos de glicose ou mesmo que não cuidam devidamente da higienização da cavidade oral.²⁰

Quanto à doença periodontal, diversas considerações podem ser feitas, em especial quanto à associação com o *Diabetes Mellitus*, cardiopatias isquêmicas e doenças respiratórias.

É de importante valor saber que o diabetes pode ocasionar o agravamento da doença periodontal. Contudo, é de extrema valia, quando se fala de saúde bucal e cuidados pessoais ressaltar que um paciente diabético com boas condições de saúde periodontal encontra maior facilidade para se manter compensado do que aqueles que apresentavam doença periodontal. Esse fator se deve à presença dos produtos finais da glicolização não-enzimática (AGEs), que ocasionarão, dentre outras coisas, aumento da resposta inflamatória. A diminuição da quantidade de polimorfonucleares é outra característica importante desses pacientes.²¹

5 DEMAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E SUAS IMPLICAÇÕES NA CAVIDADE ORAL

As doenças cardiovasculares são diversas, tendo cada uma sua própria etiologia, mas todas atingindo, de alguma maneira, as estruturas do sistema cardiovascular. Dentre elas podem ser citadas uma gama de doenças como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Valvopatias, Doença Arterial Coronariana, arritmias, doenças cardíacas congênitas e etc. Embora apresentem mecanismos distintos, essas doenças relacionam-se entre si. Um exemplo é que a Insuficiência Cardíaca Congestiva pode ser ocasionada por diversas condições que afetam o sistema cardiovascular como a Hipertensão Arterial Sistêmica ou Doença Arterial Coronariana, por exemplo.¹¹

Todavia, a maior significância a ser observada quando considerado o assunto neste capítulo abordado, são os efeitos bucais causados pelos fármacos utilizados no tratamento dessa doença. De xerostomia a um processo de retardo cicatricial, são muitos os efeitos causados pelas medicações utilizadas no tratamento dessas doenças. Todavia, como este capítulo trata apenas dos cuidados individuais para melhoria da qualidade de vida, não trataremos dos problemas inerentes ao consultório odontológico, como

hipotensão postural e a limitação quanto à administração de fármacos anestésicos associados a vasoconstritores. ¹¹

Ainda podem ser citadas as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, que possuem caráter inflamatório e resultam em destruição das estruturas das vias aéreas. São elas: a asma, a bronquite aguda e crônica, o enfisema pulmonar e a pneumonia. Dessas, a última toma destaque quando se observa que os microorganismos patogênicos dessa infecção podem se alojar no biofilme oral. ¹¹

Podemos citar, também, as doenças auto-imunes, dentre as quais, para a finalidade desse capítulo, podemos citar como a de maior influência, a Síndrome de Sjögren. Essa doença tem caráter auto-imune e atinge prioritariamente mulheres de meia-idade. Devido à sua agressão aos tecidos das glândulas, xerostomia e xeroftalmia são constantemente presentes nesse processo patológico. Todavia, o Lúpus Eritematoso, também apresenta como uma de suas características clínicas, a ocorrência de xerostomia. ¹¹

Em relação a essas doenças, em geral, o tratamento envolve a administração de fármacos que, por muitas vezes, estão associados a outros, o que origina a polifarmácia. É de extrema importância a compreensão da administração dos fármacos prescritos, uma vez que os mesmos trazem significativos efeitos para o paciente e, quando associados, podem ocasionar intensificação desses efeitos ou mesmo o surgimento de novos. Como exemplo, cita-se a hiperglicemia causada pelos corticosteroides ou mesmo a ação descompensatória que a epinefrina traz sobre os pacientes cardiopatas. ²²

Já no caso das doenças cardíacas isquêmicas, além das citocinas liberadas, que também estão envolvidas no *diabetes mellitus* (IL-4, IL-6, IL-1 e TNF- α) haverá, também a contribuição bacteriana para o desenvolvimento da manifestação da doença. Microorganismos como *S. sanguis*, *P. gingivalis* e *A. actinomycetemcomitans*, são indutores da agregação plaquetária, o que pode contribuir para a formação de ateromas e conseqüentemente ao desenvolvimento das cardiopatias isquêmicas. ²¹

Além do mais, microorganismos que afetam o trato gastrintestinal como o *H. pylori*, podem se alojar no sulco gengival, tornando difícil sua erradicação, ainda que realizado o devido protocolo antimicrobiano.

21

6 A XEROSTOMIA E SUA ETIOLOGIA

Xerostomia é uma palavra de origem grega que denomina a sensação subjetiva de boca seca por parte daquele que a relata. É apresentada como principal manifestação das doenças relacionadas às glândulas salivares. Porém, está relacionada a uma série de outras condições como o envelhecimento, doenças sistêmicas e uso de medicações. Nos relatos dos pacientes, pode haver queixas de ardência, secura em condições normais da mucosa ou mesmo ausência total de salivagem. ²³

A manutenção de um bom fluxo salivar é importante ao passo que confere umidade ao bolo alimentar, que auxilia no início do processo de digestão, atua como tampão para o processo constante de alteração de pH na boca, além de conter imunoglobulinas e a lisozima, enzima que auxilia na destruição bacteriana e de restos alimentares. ²³

Dentre os fármacos que causam a xerostomia, podemos citar alguns como:

- Antidepressivos: antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina, inibidores da recaptura/antagonista da serotonina-2, miltazapina, etc.
- Anti-hipertensivos: betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos receptores da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio;²³

Além desses medicamentos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, descongestionantes, diuréticos, antialérgicos, antipsicóticos, antineoplásicos e anticoagulantes podem ser citados como fármacos causadores da xerostomia. Conforme relata Soares (2009), há cerca de 600 fármacos que podem causar essa manifestação clínica. Além dos medicamentos, o tratamento radioterápico é constantemente associado à ocorrência de xerostomia.²⁴

7 PROMOÇÃO DE SAÚDE: PROPOSTAS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO A PACIENTES IDOSOS PORTADORES DE DCNT

Os modelos atuais de enfrentamento do processo saúde-doença apontam para uma participação ativa do sujeito no curso de seu tratamento. Esse empoderamento, além de colaborar para a diminuição do gargalo nos serviços de saúde, ainda conferem maior sucesso no tratamento, dado que o autocuidado é constante e mais efetivo que a atuação do profissional, que se resume a uma consulta ocasional com 1 hora de duração.

7

Todavia, deve-se vencer a barreira do descrédito e intrinca no paciente a necessidade daquela ação e a gravidade que a ausência do cuidado pode trazer para sua qualidade de vida.

Quanto aos métodos de cuidados individuais, em sua grande maioria, permanecem como suma aqueles clássicos relacionados ao controle mecânico do biofilme dentário, como a escovação e o uso do fio dental. Porém, a depender da condição clínica do paciente, outras ferramentas podem ser agregadas às formas já utilizadas com vistas à melhoria da qualidade de saúde bucal e consequente repercussão em sua qualidade de vida.

O primeiro elemento a ser citado neste capítulo, que é um grande auxiliador na melhoria das condições de saúde bucal dos idosos, é o Xilitol. Essa substância é um ótimo substituto à sacarose, principalmente em balas, gomas de mascar e etc. Sua característica anticariogênica se dá, principalmente, no fato das bactérias do gênero *Streptococcus* não possuírem capacidade de fermentá-lo enquanto açúcar. Essa substância proporciona a diminuição da aderência do biofilme dental aos dentes. Além do mais, o Xilitol é um importante estimulante da produção salivar, o que o torna uma importante ferramenta no combate à doença periodontal e principalmente à cárie.²⁵

Porém, conforme cita Feio (2005), antes de se realizar qualquer tratamento, o fator etiológico deve ser bem definido, a fim de obter sucesso no tratamento dessa condição clínica. Dessa forma, o uso de gomas de mascar à base de xilitol funciona como um agente aliado no combate aos efeitos nocivos que a xerostomia traz sobre a cavidade oral. A ingestão de, ao menos, dois litros de água diariamente, fracionados

em todo o curso do dia é uma forma de reduzir, também, os danos causados pela xerostomia. Não somente isso, o bochecho no período prévio ao sono com colutórios fluoretados e bicarbonato de sódio a 1,4% são recomendados em caso de pacientes com essa manifestação clínica. ²⁶

Quanto à doença periodontal e à cárie, a escovação e utilização do fio dental ainda se mostra como a melhor e mais eficaz forma de controle do biofilme dentário. Diversas técnicas vêm sendo empregadas quanto à escovação e diversas melhorias têm sido apontadas para o fio dental, como a fita dental, por exemplo. ²⁷

Quanto às escovas, para pacientes que apresentam debilidades motoras, cabos adaptados ou mesmo utilização de escovas elétricas tem sido sugeridos como forma de reduzir a deficiência na escovação por parte dos idosos. A recomendação é que essa escova seja de cabeça pequena e cerdas macias, de forma a não agredir as estruturas periodontais. O fio dental deve ser deslocado em direção ao sulco gengival e não em direção à papila, com vistas a não agredi-la. Já a sequência correta de escovação é, após utilização do fio dental: primeiro as faces oclusais dos dentes, seguidas das faces palatinas, sendo as faces vestibulares escovadas por último. Além disso dieta cariogênica, ácida, fumo e álcool devem ser evitados de forma a se alcançar melhor qualidade de saúde bucal. ²⁷

Nos cuidados com as próteses, as mesmas devem ser escovadas seguindo as recomendações como se fossem dentes. Ou seja, no mínimo 3 vezes ao dia após as refeições. Todavia, ao contrário dos dentes, as próteses devem ser escovadas ou com escovas próprias para esses fim, escovas de unha ou escovas dentais de cerdas duras e sabão, com vistas à remoção de todo o biofilme acumulado na superfície da prótese. Todas as superfícies devem ser higienizadas, tanto internas como externas. Durante a noite, as mesmas devem ser removidas e acondicionadas em solução com clorexidina ou qualquer outra solução antisséptica. Em casos de manchas que se deseje remover, pode-se removê-las ou com bicarbonato de sódio ou deixando a prótese em solução de hipoclorito na proporção de 10:1. ²⁷

Em resumo, um bom modelo de combate às manifestações orais das doenças crônicas ou mesmo redução dos agravos que as doenças da cavidade oral podem trazer às doenças crônicas e que possa ser realizado exclusivamente pelo paciente resume-se no quadro abaixo:

Figura 2 – Propostas de cuidado em saúde bucal para indivíduos idosos

Ação	Por que?
Evitar fumo e álcool	Essas substâncias são extremamente irritantes à mucosa e o álcool, particularmente, capta a água dos tecidos bucais
Ingerir pelo menos 2 litros de água diariamente	A água, além de conter flúor, ajuda a remover as impurezas e a neutralizar o pH da cavidade oral
Para aqueles que apresentam xerostomia, realizar antes de dormir, bochechos com colutórios fluoretados e bicarbonato de sódio a 1,4% a cada 4 horas antes de dormir	O flúor atuará substituindo as partículas de hidroxiapatita por flúorapatita, que são mais resistentes à ação bacteriana. O bicarbonato atuará neutralizando o pH bucal, de forma a reduzir a atividade bacteriana
Diminuir a ingestão de sacarose	Essa substância é substrato para a fermentação dos microorganismos patogênicos presentes na cavidade oral

Realizar escovação e uso do fio dental pelo menos 3 vezes ao dia após as refeições	A desorganização mecânica ainda é a forma mais eficaz de controlar o biofilme
Utilizar goma de mascar contendo xilitol	O xilitol é um ótimo agente substituto da sacarose. Seu efeito antimicrobiano natural confere diminuição da aderência do biofilme dentário, além do seu sabor ser um ótimo indutor da produção salivar.
Evitar alimentação ácida e industrializada	Os ácidos favorecem a desmineralização do elemento dentário e consequente desenvolvimento de cárie
Escovar a prótese dentária pelo menos 3 vezes ao dia após as refeições e removê-la para dormir	A prótese dentária, embora não seja um dente, é uma estrutura que serve de sítio para a instalação de diversos microorganismos. É muito comum em pacientes que não higienizam a prótese e ainda dormem com ela, a ocorrência de infecção por <i>C. albicans</i> .
Quando remover a prótese para dormir, submergi-la em água com algumas gotas de antisséptico	Essa conduta evita a desidratação da prótese, bem como mau odor oriundo das bactérias ali presentes
Caso haja manchas na prótese, o bicarbonato de sódio ou uma solução de hipoclorito na proporção 10:1 pode ser usada;	Essas substâncias constituem-se de bons alvejantes. Um outro benefício é o potencial antisséptico de ambas.
Em pacientes que apresentem dificuldades motoras ou mesmo de apreensão, outros modelos de escovas devem ser utilizados como, por exemplo, escovas elétricas	Essas escovas podem minimizar o déficit motor e proporcionar uma melhor higienização por parte do idoso sem retirar sua autonomia
Quando do uso do fio dental, contornar o dente, ao invés de forçar o fio em direção à gengiva	Quando se abraça o dente, há melhor remoção do biofilme, ao passo que quando se força em direção à gengiva, além de não se obter a devida efetividade, acaba-se lesionando o tecido e até mesmo abrindo meios para que microrganismos patogênicos adentrem a circulação
Após o uso do fio dental, deve-se realizar a escovação primeiro das regiões que mordem, seguidas da parte dos dentes que é virada para a língua e, por último, aquelas que são viradas para os lábios	Dessa forma, alcança-se melhor efetividade na escovação e na desorganização do biofilme
Em pacientes desdentados totais, uma gaze com solução antisséptica deve realizar a higienização do rebordo e de toda a cavidade oral	Mesmo na ausência de dentes, ainda há bactérias ali presentes que podem causar desconforto quando do contato com a prótese, ou mesmo interação com doenças como a DPOC

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas não transmissíveis associadas ao envelhecimento são de diversas etiologias, cada uma com suas particularidades. Todavia, quase todas apresentam íntima ligação com a saúde bucal ou mesmo com o agravamento dessas condições. Não somente isso, as doenças da cavidade oral podem ocasionar piora nas condições sistêmicas e até mesmo levar a óbito. Esse fato suscita a importância da visão integral tanto do odontólogo, como do restante da equipe de saúde, com vistas à comunicação e resolução dos problemas de saúde desses pacientes.

O autocuidado torna-se indispensável quando empodera o indivíduo e confere-lhe a autonomia que o profissional de saúde não possui, que é do constante controle sobre a sua condição de saúde. Não obstante esse fato, a promoção de saúde é economicamente mais acessível e diminui uma série de agravos que pioram significativamente a qualidade de vida do paciente, bem como saturam os serviços de saúde quando da procura pelo indivíduo acometido pela doença.

É responsabilidade de toda a equipe de saúde intrincar nos pacientes a necessidade dos cuidados para com sua saúde, seja no âmbito bucal, seja nas demais especialidades. A compreensão de que esses cuidados com a saúde bucal, que podem ser compreendidos e repassados por toda a equipe de saúde, trazem benefícios imensuráveis ao paciente é essencial para que obtenha sucesso nessa árdua tarefa, que é conscientizar o indivíduo idoso portador de doenças crônicas, que é possível viver com qualidade e sem aquela mácula da incapacidade que o senso comum por tanto tempo impôs.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Vigilância das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Schmidt MI et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, 2011; mai; 377(9781):1949-61.
3. Brasil. Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2011- 2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Lebrão ML. Epidemiologia do Envelhecimento. *BIS*, 2009, abr; 47:23-26.
5. Malta DC et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Sau*, 2006, jul.-set; 15(3):47-65.
6. Buss PM. Introdução ao conceito de promoção em saúde: In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª Edição. Rio de Janeiro:SciELO- editora fiocruz, 2009. p.19-42.
7. Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro:Vieira & Lent, 2004. P. 58-9.
8. Lefevre F, Lefevre AMC. *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro:Vieira & Lent, 2004. p. 91-9.
9. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. saúde pública*, 2008, jan; 24(9):2131-40.
10. Rosa LB et al. Odontogeriatría—a saúde bucal na terceira idade. *RFO-UPF*, 2010, maio-ago; 13(2):82-86.
11. Roque Neto A, Canosa H, Vendola, MCC. Doenças Crônicas e Sistêmicas do Envelhecimento. In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatría*. São Paulo: Santos, 2009. p. 149-170.
12. Pucca Jr GA. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. *Medcenter*, 2000, abr APUD: Barbosa KGN. *Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira*. *Odontol Clín.-Cient*, 2011, jul.-set;10(3):221-25.
13. Barbosa KGN. *Condições de saúde bucal em idosos: uma revisão da realidade brasileira*. *Odontol Clín.-Cient*, 2011, jul.-set;10(3):221-25.
14. BRASIL. SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Ministério da Saúde, 2011.
15. Martins AMEB et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Ver. Saúde Pública*, 2010, out; 44(5):912-22.
16. Barreto SM et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*, 2010, out; 44(5):912-22.
17. Vasconcelos LCA et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. saúde pública*, 2012, jun; 28(6):1101-10.
18. Sangiuliano A. Envelhecimento e Farmacologia Clínica In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatría*. São Paulo: Santos, 2009. p.49-78.
19. Mello HSA, Jacomo DRES. Terapia Medicamentosa na Terceira Idade: Alterações de Interesse Odontológico. In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatría*. São Paulo: Santos, 2009. p. 37-47.

20. Madeiro AT et al. A estreita relação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. *Odontologia. Clín.-Científ.* 2005, jan.-abr; 4(1):07-12.
21. Saba-Chujfi E et al. Considerações clínicas - Parte A: A periodontia e o paciente odontogeriatrico. In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatrics.* São Paulo: Santos, 2009. p. 193-217.
22. Carvalho, ICS et al. Polifarmácia no idoso. In: Brunetti-Montenegro FL, Marchini L. *Odontogeriatrics-Uma Visão Gerontológica.* Rio de Janeiro:Elsevier Brasil, 2013. p. 153-55.
23. Vidal ACC, Lima GA, Grinfeld S. Pacientes idosos: relação entre xerostomia e o uso de diuréticos, antidepressivos e antihipertensivos. *IJD*, 2004; 3(1):330-35.
24. Soares HA. Diagnóstico Bucal. In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatrics.* São Paulo: Santos, 2009. p. 19-47.
25. Mussatto SI, Roberto IC. Xilitol: Edulcorante com efeitos benéficos para a saúde humana. *BrazilianJournalofPharmaceuticalSciences*, 2002, out.-dez; 38(4):401-13.
26. Feio M, Sapeta P. XEROSTOMIA EM CUIDADOS PALIATIVOS. *Acta MedPort*, 2005, abr; 18:459-66.
27. Mello LW. Prevenção em Odontogeriatrics. In: Vendola MCC, Roque Neto AR. *Bases clínicas em odontogeriatrics.* São Paulo: Santos, 2009. p. 95-105.