

MODULO
ELETIVO

Saúde da Pessoa

IDOSA

ODONTOGERIATRIA

PRINCIPAIS PARTICULARIDADES NA
SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

Unidade 1



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



Saúde da Pessoa

IDOSA

ODONTOGERIATRIA

PRINCIPAIS PARTICULARIDADES NA
SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

Unidade 1

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR – UNA-SUS/UFMA

Coordenação Geral - Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenação Pedagógica - Deborah de Castro e Lima Baesse

Coordenação de Tecnologias e Hiperâmídias - Rômulo Martins França

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís - MA. CEP: 65020-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva (CRB 13ª Região nº Registro – 453)

REVISÃO ORTOGRÁFICA

João Carlos Raposo Moreira

Fábio Alex

REVISÃO TÉCNICA

Elza Bernardes Ferreira

Claudio Vanucci Silva de Freitas

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Principais particularidades na saúde bucal da pessoa idosa/Camila Silva de Araujo Figueiredo; Marcos Antônio Giroto (Org.). - São Luís, 2014.

17f. : il.

1. Saúde do idoso. 2. Odontogeriatrics. 3. Atenção primária à saúde. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Ferreira, Elza Bernardes. II. Junior, Rival Antonio Sergio Fedel. III. Moraes, Adriana Oliveira Dias de Sousa. Título.

CDU 613.9-053.9

APRESENTAÇÃO

Olá, caro (a) aluno (a),

A previsão da Organização das Nações Unidas é de que, em 2050, 14,2% da população do planeta seja de idosos. A população do mundo todo está envelhecendo, isso é resultante de políticas de saúde mais eficientes, como já foi discutido em outros módulos. Dentro dessa perspectiva, o discurso atual das políticas de saúde é centrado em estratégias que visem proporcionar mais qualidade aos anos vividos. A população da terceira idade precisa ter não apenas saúde, mas independência e autonomia (BRASIL, 2007).

Desta forma, é importante que se reflita: o indivíduo é considerado idoso a partir de qual idade?

Atualmente, acima de 65 anos é o mais comum, mas existem alguns autores que consideram idosos indivíduos a partir dos 60 ou até mesmo dos 75 anos (BRASIL, 2007). Na verdade, essas determinações são arbitrárias, pois há grande heterogeneidade dentro da população geriátrica, existindo efetiva diferença entre as idades fisiológica e cronológica.

Desta forma, a Odontologia, como ciência, está acompanhando essa modificação e os profissionais já têm à disposição curso específico que foca as especificidades do envelhecimento, a Odontogeriatría. Entretanto, todos os atores envolvidos no processo de assistência à saúde da pessoa idosa precisam estar preparados para atender os indivíduos com idade acima de 60 anos, que já representam grande parte dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e a tendência é aumentar cada vez mais.

No final desta unidade, é esperado que você tenha compreendido a importância da saúde bucal dos idosos, de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, propostas pelo Ministério da Saúde, descrevendo o papel do odontólogo como membro efetivo da equipe de saúde bucal (ESB) na esfera da pessoa idosa; além de identificar as principais particularidades em saúde bucal da pessoa idosa, no que diz respeito às condições bucais e às considerações sistemáticas.

Bons estudos!

SUMÁRIO

	UNIDADE 1	8
1	AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA NO BRASIL	4
2	POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO	5
2.1	O idoso na Atenção Básica	6
2.2	Cuidados multiprofissionais	7
2.2.1	Referência e contrarreferência	7
2.2.2	Epidemiologia dos problemas bucais mais prevalentes no idoso	8
3	PRINCIPAIS PARTICULARIDADES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA	13
3.1	Considerações sistemáticas	13
3.2	Condições bucais relevantes mais comuns nos idosos	13
4	SÍNTESE	16
	REFERÊNCIAS	17

UNIDADE 1

PRINCIPAIS PARTICULARIDADES NA SAÚDE BUCAL DA PESSOA IDOSA

Objetivos Educacionais:

- Compreender a importância da saúde bucal dos idosos como fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida, de acordo com as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, propostas pelo Ministério da Saúde;
- Descrever o papel do odontólogo como membro efetivo da equipe de saúde bucal (ESB) na esfera da pessoa idosa, integrando a prática da saúde coletiva;
- Conhecer a epidemiologia dos problemas bucais mais prevalentes no idoso;
- Elencar as principais particularidades em saúde bucal da pessoa idosa, no que diz respeito às condições bucais e às considerações sistemáticas.

1 AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA NO BRASIL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil será o sexto país do mundo com a maior população idosa. Transição demográfica é o nome dado ao “processo pelo qual a população envelhece, estando relacionada às taxas de natalidade e mortalidade de uma localidade” (WHO, 2005). Assim, se antes havia altos números de nascimento e a mortalidade ocorria ainda criança ou jovem e esses números, com o decorrer dos anos, são reduzidos, isso significa que esta população está envelhecendo. É um processo lento, mas com o passar dos anos se verifica um aumento da expectativa de vida ou esperança de vida ao nascer. Para melhor entender, explica-se:

Você sabia?

Quando um indivíduo nasce, é calculada a quantidade de anos que esse indivíduo viverá com base nos dados atuais (da ocasião do nascimento) das taxas de mortalidade. Por exemplo, um indivíduo que nasceu no Brasil em 2010 tem uma expectativa de vida de 73,5 anos (WHO, 2005).

A expectativa de vida ao nascer também é influenciada por outros fatores, como criminalidade, saúde, educação, condição social e econômica do indivíduo. Percebe-se, então, que a melhoria da qualidade de vida de uma população determina um aumento da expectativa de vida dessas pessoas.

O Brasil não é diferente dos outros países nessa questão. Um país em desenvolvimento, que até pouco tempo atrás era considerado um país jovem, ou seja, predominantemente de jovens, está envelhecendo. Isso quer dizer que menos pessoas estão nascendo, menos pessoas estão morrendo em idade jovem (pelo controle de doenças, por mais segurança) e as pessoas estão vivendo mais (WHO, 2005).

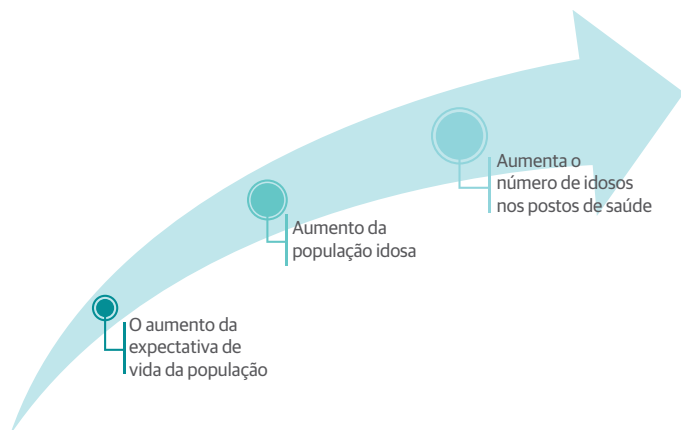
2 POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, propostas pelo Ministério da Saúde (MS), é salientada a importância da saúde bucal dos idosos como fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.

SAIBA MAIS

Há duas formas de inserção da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde propostas nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida (BRASIL, 2004). A primeira está relacionada às condições próprias de cada faixa etária, sendo segmentada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, que você já estudou, e saúde do idoso, que vemos agora. A segunda diz respeito à condição em que o indivíduo se encontra, voltada para morbidades, como, por exemplo, gestantes, hipertensos, diabéticos. Nesta unidade, faremos considerações sobre o idoso como um todo, portanto, trataremos aqui, da inserção pela faixa etária, seja em qualquer condição que o idoso estiver.

Vamos agora estabelecer uma relação muito simples e que você já deve ter feito em algum momento durante essa leitura:



Assim, é extremamente importante que a estrutura física dessas unidades esteja adequada para facilitar o acesso, além de todos os profissionais envolvidos na equipe também estarem capacitados para receber o indivíduo idoso com o respeito que ele merece. Vamos compreender melhor essas questões.

2.1 O Idoso na Atenção Básica

Os profissionais da saúde devem compreender que a saúde bucal está inserida num conceito global de saúde, devendo transcender a tecnicidade da Odontologia, integrando a saúde bucal às demais práticas da saúde coletiva. Portanto, nas ações de saúde bucal propostas pela equipe também devem ser difundidas informações sobre a saúde geral do indivíduo, realizando as atividades de educação em saúde; deverão conter propostas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares; abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal; e políticas de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. Assim, além de problemas bucais, morbidades como diabetes, hipertensão, obesidade, câncer e traumas,

que são muito frequentes na população idosa, terão seus fatores de risco e de proteção difundidos para a respectiva população.



É importante salientar que a viabilização da implantação do serviço de prótese dentária na atenção básica implica suporte financeiro e técnico específico a ser proporcionado pelo MS, como a instalação de equipamentos em laboratórios de prótese dentária e capacitação de técnicos em prótese dentária (TPD) e auxiliares de prótese dentária (APD) da rede SUS.

2.2 Cuidados multiprofissionais

Da mesma forma que todos os profissionais da equipe de saúde da família devem promover a saúde geral do indivíduo idoso, a equipe de saúde bucal (ESB) não deve se restringir unicamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico da Odontologia, como já foi esclarecido anteriormente. A ESB deve interagir com os profissionais de outras áreas, ampliando seu conhecimento e, assim, abordando o idoso como um todo, contemplando o contexto socioeconômico e cultural no qual está inserido. Da mesma forma, os outros profissionais da equipe de saúde devem perceber a saúde bucal do idoso como um objeto a ser incluído no processo de trabalho de todos, não apenas da ESB. O Ministério da Saúde salienta que a ESB deve ser - e se sentir - parte da equipe multiprofissional em unidades de saúde de qualquer nível de atenção.

2.1.1 Referência e contrarreferência

Referência é definida como “o encaminhamento de um paciente para um centro de atendimento de maior complexidade” e Contrarreferência, “o encaminhamento do paciente de volta para o solicitante após a conclusão do tratamento especializado” (BRASIL, 2004).

Ainda há grande restrição da assistência odontológica na rede pública aos serviços básicos e, mesmo assim, com grande demanda reprimida.

Segundo publicação do Ministério da Saúde, dados mais recentes indicam que os serviços de referência correspondem a, aproximadamente, 3,5% do total de procedimentos odontológicos (BRASIL, 2008a). É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, conseqüentemente, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal.

Com a maior acessibilidade da atenção básica e, portanto, o aumento da diversidade de procedimentos, fazem-se necessários, também, investimentos que propiciem aumentar o acesso aos níveis de atenção mais especializados.

A referência na terceira idade normalmente é feita para o protesista. O mesmo deve reabilitar devidamente o paciente e reencaminhá-lo para a atenção básica. Mesmo que o paciente não tenha mais dentes, ele deve frequentar regularmente o cirurgião-dentista (CD), a fim de realizar o exame preventivo de câncer de boca e receber orientações sobre o autoexame, higiene bucal, dieta e informações sobre a saúde de forma geral, lembrando-se que o idoso deve ser visto como um todo, trabalhando-se integralmente com os outros profissionais da saúde.

2.1.2 Epidemiologia dos problemas bucais mais prevalentes no idoso

Descrevem-se os principais problemas bucais que acometem os idosos, utilizando-se, para isso, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, mais conhecida como *Projeto SB Brasil 2010*. O *Projeto SB Brasil* integra as ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelo MS e tem como objetivo avaliar o impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, identificando problemas e fornecendo dados que possibilitem reorientar as estratégias de prevenção e assistência, principalmente aquelas relacionadas com a Estratégia Saúde da Família (atenção básica) e com os CEOs (atenção secundária) (BRASIL, 2011).

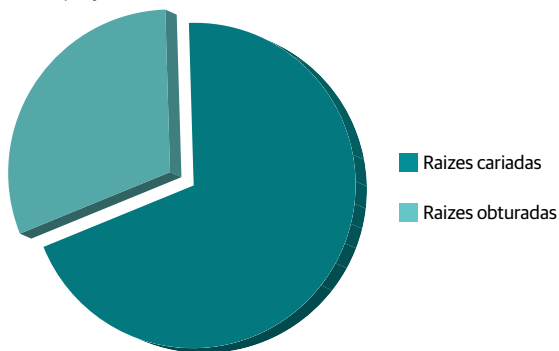
Dessa forma, as informações resultantes do SB Brasil devem ser utilizadas como um instrumento de gestão nos diversos níveis de atenção à saúde do SUS, contribuindo para a melhoria do atendimento ao usuário e da qualidade de vida dos brasileiros e consolidando os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal. Esses dados resultam de um levantamento sobre a situação da população brasileira, abordando vários aspectos da saúde bucal. Com relação aos idosos, destacam-se os mais relevantes: cárie dentária, cárie radicular, problemas periodontais, necessidade e uso de próteses dentárias. Lembra-se que, no Projeto SB Brasil, os dados obtidos compreendem a faixa etária dos 65 aos 74 anos (BRASIL, 2011).

Comparam-se, aqui, os índices para o Brasil como um todo e o percentual das regiões com resultados mais discrepantes entre os achados.

Na população idosa, o índice CPO praticamente não se altera quando os anos de 2003 e 2010 são comparados. Isso se deve ao fato de que a incidência da cárie é menos significativa nessa faixa etária, levando-se em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença, ou seja, a média de 27% dos dentes dos idosos correspondia, em sua maioria, ao componente "perdido" do CPO (BRASIL, 2011).

No *SB Brasil 2010*, considerando a grande quantidade de dentes perdidos na faixa etária de 65 a 74 anos, observou-se baixa prevalência de cárie radicular. Nas raízes que se encontravam cariadas, a condição mais prevalente foi a cárie não tratada. A média de dentes com raízes cariadas nos brasileiros de 65 a 74 anos foi de 0,23 e a de raízes obturadas foi de 0,10, como você pode observar na figura abaixo. A cárie radicular foi mais prevalente nas regiões Norte e Centro-Oeste. A média de raízes cariadas na região Norte foi quase o dobro da média verificada na região Sudeste (BRASIL, 2011).

Figura 1 - Proporção entre cárie de coroa e cárie radicular.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto SB Brasil 2010:** pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

Quando é feita uma comparação entre capital e interior dos estados, em cada região, observam-se médias mais elevadas de cárie nas capitais, dado muito importante para o planejamento de ações de prevenção e tratamento.

Com relação à condição periodontal, diz-se que o índice utilizado para fazer a pesquisa no *Projeto SB Brasil* foi o Índice Periodontal Comunitário (CPI), proposto pela OMS, complementado pelo Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP). As características periodontais observadas foram: ocorrência de sangramento, presença de cálculo e bolsas periodontais (rasas e profundas). Infelizmente, observou-se que mais de 90% dos idosos pesquisados tinham sextantes excluídos. Assim, problemas gengivais em idosos têm reduzida expressão em pesquisas populacionais, em decorrência da pequena quantidade de dentes presentes. Dos sextantes que ainda restavam na boca, 4,2% apresentavam cálculo e 3,3% bolsas periodontais (BRASIL, 2011).

Menos de 20% dos idosos apresentaram sangramento gengival. Observou-se, nessa pesquisa, que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos até a fase adulta, diminuindo a partir dos 65 anos, mas não se deixe enganar com esses valores. Isso ocorre porque a maioria das

pessoas examinadas não tinha mais grande parte dos dentes (BRASIL, 2011).

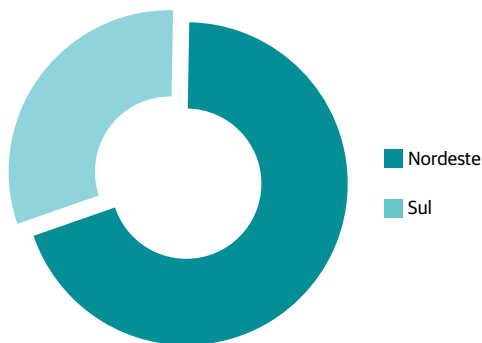
Da mesma forma foi percebido em relação ao cálculo e às bolsas periodontais rasas e profundas, que aumentam com a idade, sendo mais prevalentes em adultos, porém decrescentes nos idosos. Com relação à perda de inserção periodontal, foi observado em 6% dos idosos, bolsas de 0 a 3mm e em 3,9%, perda de inserção de 4mm ou mais.

Assim como, infelizmente, acontecem com outros problemas, as piores condições periodontais foram observadas nas regiões Norte e Nordeste, em todas as faixas etárias. As regiões Sudeste e Centro-Oeste mostraram resultados semelhantes entre si.

A análise conjunta dos dados de uso e necessidade de prótese permite conhecer a realidade do edentulismo no Brasil e, assim, subsidiar o planejamento dos serviços de atenção secundária de caráter reabilitador. As próteses dentárias referidas nessa pesquisa populacional foram as parciais e totais (BRASIL, 2011).

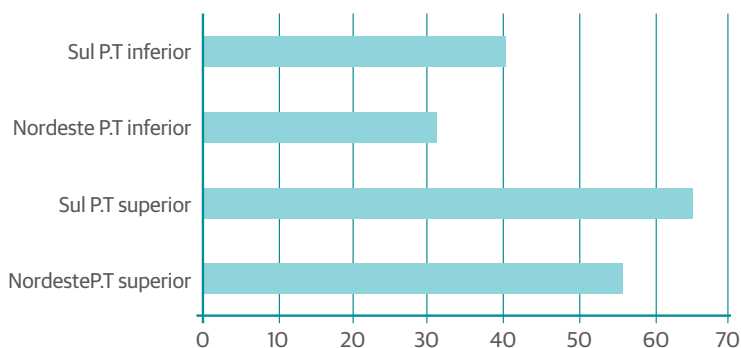
Apenas 23,5% dos idosos não usavam nenhum tipo de prótese dentária na arcada superior, sendo o maior percentual no Nordeste (31,4%) e o menor no Sul (16,5%). Números maiores são observados em relação à prótese inferior; no Brasil, 46,1% dos idosos não a usam, com porcentagem maior nas regiões Norte e Nordeste (55%) (BRASIL, 2011). (Figura 2)

Figura 2 - Proporção de idosos com necessidade de uso de prótese dentária superior nas regiões Nordeste e Sul.



No Brasil, 63,1% dos idosos examinados são usuários de próteses totais superiores, variando os percentuais de 56,1% no Nordeste e 65,3% no Sul. Com relação aos usuários de prótese total inferior, os números são menores: apenas 37,5%, sendo a menor parte (30,8%) no Nordeste e 40,4% no Sul (BRASIL, 2011). (Figura 3)

Figura 3 - Relação entre o uso de prótese total (PT) superior e inferior nas regiões Nordeste e Sul do Brasil.



Da mesma forma, com relação aos usuários de prótese parcial removível superior, foram 7,6%, sendo a maior porcentagem no Sul (11,1%) e a menor no Sudeste (6,5%). Com relação ao uso de próteses parciais removíveis na arcada inferior, o índice é 12,7% no Brasil, sendo a maioria (13,6%) no Sudeste. Entre os idosos pesquisados, 3,8% usavam prótese fixa superior e 1,6% inferior. O uso conjunto de prótese fixa e removível nas arcadas superior e inferior (não concomitantemente) foi observado em apenas 1,2% no Brasil. Um percentual de apenas 7,3% representa os indivíduos idosos que não necessitavam de prótese dentária no Brasil, com diferenças expressivas entre as regiões Norte (2,8%) e Sul (12,7%) (BRASIL, 2011).

A maior necessidade de uso foi de prótese parcial em apenas uma arcada (34,2%), com menor proporção no Centro-Oeste (26,9%) e maior no Sul (45,7%). Para as duas arcadas, 25% dos idosos tinham necessidade de prótese parcial, sendo 26% no Nordeste e 14,3% no Sul. A necessidade

de prótese total em apenas uma arcada foi encontrada em 17,9% dos idosos, sendo a maior (23,4%) e a menor (14,3%) proporção no Norte e Sul, respectivamente. No Brasil, 15,4% dos idosos necessitavam de prótese total superior e inferior, sendo a maior parte no Norte (17,6%) e a menor no Sul (6,9%). A necessidade de prótese parcial associada ao total foi encontrada em 5% dos idosos no Brasil (BRASIL, 2011).

Para a faixa etária de 65 a 74 anos, a prevalência de necessidade de tratamento odontológico no Brasil foi de 46,6%. A dor de dente teve prevalência de 10,8%. Em ambas as variáveis, não houve diferença estatisticamente significativa entre as regiões, assim como a autopercepção da saúde bucal. A insatisfação com os dentes e a boca teve prevalência semelhante entre as regiões (BRASIL, 2011).

A condição socioeconômica foi avaliada pela renda familiar (em reais) e escolaridade (anos de estudo). Essa variável mostrou a expressiva desigualdade regional (Norte/Nordeste *versus* Sul/Sudeste e capital *versus* interior). No quesito "avaliação do impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária das pessoas", aproximadamente 46% dos idosos relataram algum impacto, sem diferença significativa entre as regiões do Brasil, sendo que o impacto mais relatado pelos idosos foi dificuldade para comer (BRASIL, 2011).

A necessidade de prótese total entre idosos diminuiu! Em 2003, aproximadamente 24% dos idosos necessitavam de prótese total em uma arcada; em 2010 esse número caiu para 17%. Com relação à prótese total dupla (em ambas as arcadas), caiu de 23% para 15% (BRASIL, 2011).

3 PRINCIPAIS PARTICULARIDADES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Os indivíduos da terceira idade têm uma série de características fisiológicas similares entre si. Não é à toa que existe a especialidade médica e odontológica específica para os idosos, respectivamente, a geriatria e odontogeriatrics. Essa especialidade valoriza o enfoque multidisciplinar e gerontológico na abordagem dos idosos e na atenção básica pode ser exercida através do matriciamento.

No que diz respeito à morbidade e mortalidade dos idosos, o destaque se dá sobre a abordagem das doenças crônico-degenerativas, principalmente as circulatórias e as neoplásicas. Deve-se levar em consideração que é frequente a presença de mais de uma patologia por pessoa. Desse modo, serão abordadas, neste tópico, questões sistêmicas, medicamentosas e orais que são mais comuns em indivíduos idosos, uma podendo exercer influência a outra.

3.1 Considerações sistêmicas

As mudanças fisiológicas são inerentes ao processo de envelhecimento, afetando todos os órgãos, incluindo sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico, e variam de acordo com influências ambientais, psicológicas e genéticas. É importante lembrar, no entanto, que existe uma grande variação entre os idosos, de forma que a idade cronológica, isoladamente, não permite fazer previsões fisiológicas, sendo necessário avaliar cada idoso individualmente.



Por conta do processo natural do envelhecimento, os idosos são mais vulneráveis a doenças e acidentes do que os jovens. Além disso, alterações sociais, afetivas e psíquicas favorecem a solidão e a depressão. Somam-se a isso, os efeitos de medicamentos de uso contínuo, que podem contribuir para a ocorrência de efeitos colaterais exacerbados, daí a importância do atendimento holístico ao idoso, vendo-o como um todo, não apenas com foco na doença.

3.2 Condições bucais relevantes mais comuns nos idosos

Nos 6 primeiros meses após a exodontia, o tamanho do rebordo residual é reduzido mais rapidamente, mas a **reabsorção óssea** continua por toda a vida. Esse conhecimento é de grande importância para o dentista, pois, como se pode constatar, a população idosa do Brasil é predominantemente desdentada. A reabsorção na maxila ocorre de fora para dentro, numa média de perda óssea de 2 a 4mm no primeiro ano e 0,1mm por ano nos anos subsequentes. Na mandíbula, a reabsorção é de cima para baixo, com perda óssea de 4 a 6mm no primeiro ano e uma média anual de -0,4mm de tecido ósseo (TURANO; TURANO, 2004).

É interessante observar que um rebordo sem prótese sofre reabsorção mais rápida que um rebordo com prótese. Isso se deve ao fato de que um osso que recebe estímulos mecânicos frequentes mantém uma atividade celular equilibrada entre osteoblastos e osteoclastos. Quando o tecido ósseo para de receber tal estímulo, resulta na chamada **atrofia por desuso**. Fatores sistêmicos, como osteoporose e diabetes também podem influenciar, acelerando a reabsorção óssea.

Sob a prótese total, a ação tampão da saliva é diminuída. Isso, somado aos maus hábitos de higiene oral de alguns pacientes, permite a proliferação de microrganismos, principalmente *Candida albicans*. Assim, é comum usuários de prótese total desenvolverem **candidíase eritematosa** (ou candidíase atrófica crônica), uma lesão na mucosa relativa à área de suporte das próteses, principalmente no palato. Essa resposta inflamatória pode ser localizada ou difusa, lisa ou papilomatosa. Fatores irritantes como porosidades na base da prótese podem ser coadjuvantes na instalação e manutenção das lesões. O tratamento para a candidíase nesses casos consiste na regularização e polimento da base da prótese, melhora da higiene do paciente (tanto da boca, quanto da prótese) e diminuição do tempo de uso da prótese, com a suspensão do uso noturno (TURANO; TURANO, 2004).

Quando a candidíase manifesta-se nos cantos da boca, ela é chamada de **queilite angular**, cujo tratamento consiste na troca da prótese por uma que restitua corretamente a dimensão vertical do paciente permitindo, assim, que não haja acúmulo de saliva nessa região.

Nos primeiros dias após a instalação de uma nova prótese, é comum o aparecimento de **úlceras traumáticas** em determinadas regiões, por sobre-extensão da base da prótese ou pontos de pressão exagerada. Devem ser feitos os ajustes necessários para corrigir esses problemas e, caso as lesões não regridam mesmo após os ajustes, o paciente deve ser encaminhado para um estomatologista. Caso não seja feita a correção da prótese, pode ocorrer também a **hiperplasia fibrosa inflamatória**, cujo tratamento é a correção da prótese ou mesmo a remoção cirúrgica da lesão (TURANO; TURANO, 2004).

A ocorrência da **diminuição do fluxo salivar** é frequente em idosos, que pode ser causada por algumas doenças sistêmicas, medicamentos ou por radioterapia nas áreas de cabeça e pescoço. É de suma importância destacar algumas informações do Instituto Nacional de Câncer (INCA) sobre o **câncer de boca** (BRASIL, 2008b):

O câncer de boca é a denominação geral para os cânceres de lábio e de cavidade oral (mucosa bucal, gengivas, palato duro, língua e assoalho bucal).

Os fatores de risco são: idade superior a 40 anos, tabagismo, má higiene bucal e uso de próteses mal adaptadas.

O câncer de lábio é mais frequente em pessoas da raça branca e acomete principalmente o lábio inferior.

O principal sinal do câncer bucal é o aparecimento de feridas que não cicatrizam em uma semana. É importante salientar que ulcerações superficiais indolores e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas também podem indicar o início do câncer.

Em estado avançado, o câncer bucal dificulta ações de fala, mastigação e deglutição, promove acentuado emagrecimento, além de dor e presença de linfadenomegalia cervical (caroço no pescoço).



SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, foi apresentado o papel do odontólogo na esfera da pessoa idosa na atenção primária à saúde, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e as principais particularidades em saúde bucal da pessoa idosa, no que diz respeito às condições bucais e às considerações sistemáticas.

Além disso, foram destacados alguns aspectos fundamentais para a inclusão de outros profissionais na equipe multiprofissional com o desenvolvimento interdisciplinar na contribuição do atendimento e acompanhamento da pessoa idosa à luz da integralidade em saúde, onde os outros profissionais da equipe de saúde devem perceber a saúde bucal do idoso como um objeto a ser incluído no processo de trabalho de todos.

Esperamos que você tenha conseguido apreender que a Odontologia Geriátrica deve dirigir seu foco de ação no fomento da qualidade de vida e envelhecimento ativo e saudável, rompendo com o paradigma hegemônico de atenção e cuidado voltados apenas às doenças.

Até o próximo estudo!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 19). Disponível em: < <http://goo.gl/HkXzpr>>. Acesso em: 4 ago. 2014.

____. _____. _____. **Saúde bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: < <http://goo.gl/nRm6Dq>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

____. _____. _____. **Estimativa 2008**: incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2008b.

____. _____. _____. **Projeto SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M. **Fundamentos de prótese total**. 7. ed. São Paulo: Santos, 2004.

WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.