

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA ALVES PENA

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO: ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS,  
PSICOSSOCIAIS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Conselheiro Lafaiete-MG  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA ALVES PENA

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO: ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS,  
PSICOSSOCIAIS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Cláudia Cristina Rangel

Conselheiro Lafaiete-MG  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FERNANDA ALVES PENA

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO: ALTERAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS,  
PSICOSSOCIAIS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de  
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de  
Especialista.

**Banca Examinadora**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Cláudia Cristina Rangel

---

Professor convidado

---

Professor convidado

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Às colegas e amigas de equipe da Estratégia Saúde da Família Cachoeira Grande do município de Canaã, que me apoiaram e trabalharam como uma verdadeira EQUIPE de saúde bucal.

Aos agentes comunitários prestativos e presentes nas horas solicitadas.

## RESUMO

A transição demográfica no Brasil e no mundo é fato real. O Brasil está envelhecendo, e, segundo projeção para 2025, é esperado um crescimento de 15% da população idosa. O número de idosos brasileiros aumentou a partir da segunda metade dos anos setentas, quando ocorreu redução significativa das taxas de natalidade e mortalidade. Junto à transição demográfica, observa-se a transição epidemiológica caracterizada pelo aumento das doenças crônico-degenerativas alterando os padrões de morbimortalidade. A partir de vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial, uma vez que a abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada à população em geral. O envelhecimento leva a alterações fisiológicas que predispõem o idoso a apresentar condições patológicas típicas que requerem cuidados por parte dos profissionais. A atenção primária das equipes de saúde da família é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal dos idosos. Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura que permita identificar as alterações fisiopatológicas e psicossociais relacionadas com a saúde bucal em idosos e as possibilidades de intervenção no âmbito da atenção primária à saúde.

Palavras chave: Envelhecimento. Saúde bucal. Idoso. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The demographic transition in Brazil and the world is indeed real. Brazil is getting older and the second projection for 2025 is expected to grow 15% in the elderly population. The number of elderly in Brazil increased from the second half of the '70s, when a significant reduction in fertility rates and mortality. Along with demographic transition is observed epidemiological transition characterized by an increase in chronic diseases by changing morbidity patterns. Based various aspects of health, oral health deserves special attention since the approach differs from that of elderly patients directed to the general population. Aging leads to physiological changes that predispose the elderly population to typical pathological condition that requires care from professionals. The primary health care through family health teams are highlighted as a fundamental strategy for the oral health of older people. So the goal of this work is a literature review to identify the psychosocial and pathophysiological changes related to oral health in the elderly and possibilities for intervention within the primary health care.

Keywords: Aging. Oral health. Elderly. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Principais Transformações Fisiológicas das Estruturas Bucais na Terceira Idade.....	11
2.1.1 Redução da capacidade gustativa.....	11
2.1.2 Alteração das glândulas salivares.....	12
2.1.3 Alterações do periodonto.....	13
2.1.4 Alteração do sistema mastigatório.....	14
2.1.5 Alterações na estrutura dental.....	14
2.1.6 Alterações na mucosa bucal.....	14
2.2 Patologias Bucais mais Comuns na Terceira Idade.....	15
2.2.1 Doença periodontal.....	15
2.2.2 Câncer bucal.....	16
2.2.3 Cárie de raiz.....	16
2.2.4 Lesões de tecido mole.....	17
2.2.5 Halitose.....	17
2.2.6 Edentulismo.....	17
2.3 Análise das Alterações Psicossociais na Terceira Idade em relação a Saúde Bucal.....	19
2.4 Possibilidades de Intervenção na Atenção Básica.....	21
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica é fato real que designa as modificações no tamanho e estrutura etária da população global geralmente acompanhada da evolução socioeconômica dos países. O Brasil como os outros países está envelhecendo rapidamente. O número de idosos brasileiros aumentou a partir da segunda metade dos anos setentas quando ocorreu uma redução significativa das taxas de natalidade e mortalidade (SILVA, 2000).

Segundo o IBGE, citado por Queiroz *et al.* (2008), no ano de 1960 as pessoas acima de sessenta anos correspondiam a 4,8% do total da população brasileira. Em 1980, esse número passou para 6,2% e, em 1999, atingiu 8,7%. A projeção para 2025 é de que a proporção de idosos no país esteja em torno de 15%. O envelhecimento das populações é uma consequência natural do desenvolvimento resultante de um conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas com alterações bioquímicas dos tecidos que ocasionam uma deteriorização progressiva, menor capacidade de adaptação a alterações ambientais e maior vulnerabilidade a doenças.

Junto à transição demográfica, pode-se observar a transição epidemiológica caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, que vêm alterando os padrões de morbimortalidade, sem que haja, no entanto, adequada oferta de atenção à saúde para esse grupo (MOREIRA *et al.*, 2005).

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual se observam modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas que podem interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que vive, tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças comprometendo sua qualidade de saúde. A partir de vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial, historicamente, os serviços odontológicos não consideram prioritária a atenção aos idosos, que apresentam altos índices de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doença periodontal (MACÊDO *et al.*, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia para a reorganização da Atenção Primária, que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas na atenção primária, voltadas para a promoção, prevenção e tratamentos dos agravos à saúde. Assim, a inclusão da Odontologia na ESF representa uma importante contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população. Tal inclusão visa a consolidar um novo modelo de atendimento em saúde bucal, rompendo com os modelos

vigentes, caracterizados ora como curativos mutiladores, ora meramente de promoção de saúde da população infantil escolar (MACÊDO *et al.*, 2009).

A introdução da geriatria e da gerontologia na área odontológica vem sendo realizada de forma lenta e não sistematizada no Brasil e na maioria dos países em desenvolvimento que estão passando pela transição demográfica (SHINKAI & CURY, 2000).

A abordagem de pacientes idosos difere daquela direcionada à população em geral, uma vez que o envelhecimento promove alterações fisiológicas que predis põem o idoso a apresentar, com frequência, condições patológicas típicas do envelhecimento, o que requer cuidado por parte dos profissionais de saúde. Os protocolos de atendimento, que contêm atribuições e competências para cada membro da equipe de saúde da família, foram desenvolvidos; entretanto, não existe ainda um protocolo que inclua a equipe de saúde bucal garantindo a promoção e a prevenção das condições de saúde bucal dos idosos. As ações programáticas de saúde bucal voltadas para terceira idade são praticamente inexistentes em nosso País (MACEDO *et al.*, 2009).

Embora o atendimento odontológico deva ocorrer em todos os níveis, como a promoção de saúde, prevenção específica e reabilitação, por meio de medidas integradas entre si e no contexto biopsicossocial do indivíduo, a prevenção primária é destacada como estratégia fundamental para a saúde bucal dos idosos. As informações básicas da população constituem os meios mais efetivos para modificar a autopercepção quanto aos aspectos de saúde bucal, retirando da população idosa o estigma de naturalmente doente (SHINKAI & CURY, 2000).

Na atenção primária, tem-se a possibilidade de instituir ações de prevenção e promoção de saúde dos indivíduos e família de forma integral e contínua, incluindo nas bases desse modelo assistencial aspectos relativos à área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária (MACÊDO *et al.*, 2009).

Uma boa saúde bucal deve incluir ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos, além de contribuir para comunicação, sobretudo nos atos de falar e sorrir, que tem o potencial de aumentar a autoestima e diminuir as patologias bucais. Para o paciente são importantes os sintomas, os problemas funcionais e sociais decorrentes da saúde bucal (WERNER *et al.*, 1998 *apud* SAINTRAIN *et al.*, 2008).

É necessário conhecer as alterações fisiopatológicas que acometem o organismo do paciente idoso, bem como aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo visando a

manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo (ROSA *et al.*, 2008).

Ao diagnosticar os principais problemas bucais e riscos do paciente idoso, a equipe de saúde bucal pode planejar medidas preventivas específicas a cada caso, como reorientação de higiene bucal, limpeza profissional, fluoroterapia e uso de agentes químicos antimicrobianos. Medidas preventivas mais específicas são instituídas a pacientes idosos com avaliação de alto risco por fatores locais (diminuição do fluxo salivar), fatores sistêmicos (doenças incapacitantes) ou deficiências cognitivas (SHINKAI & CURY, 2000).

O tratamento específico e diferenciado para a terceira idade é necessário por ser um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida acumuladas por cada indivíduo. Observam-se idosos de diferentes níveis culturais, econômicos e de saúde além de diferentes níveis de motivação quanto à manutenção da sua saúde bucal. Assim essas diferenças podem influenciar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento odontológico. Os idosos devem ser conscientizados de que existe uma necessidade permanente de cuidados bucais, mesmo que apresentem pouco ou nenhum dente remanescente (ROSA *et al.*, 2008).

As pesquisas epidemiológicas que abordam a saúde bucal dos idosos são poucas no Brasil, mas suficientes para concluir resultados preocupantes em relação à quantidade de problemas bucais que esses indivíduos apresentam (MACÊDO *et al.*, 2009).

Surge, assim, a necessidade de assistência diferenciada e, para oferecê-la, será necessário conhecer não apenas a epidemiologia dos problemas bucais, mas também as alterações fisiológicas e prováveis mudanças psicossociais no cotidiano da terceira idade.

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

De acordo com Rosa *et al.* (2008, p 82):

Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem um papel relevante nesse contexto. A saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa.

O impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo idoso revela que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória. Este fato se torna mais crítico quando se considera que muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado (SHINKAI; CURY, 2000).

As políticas públicas são importantes para alcançar a adequação de oferta de serviços públicos odontológicos ao perfil epidemiológico da população idosa, além de eliminar barreiras no acesso aos serviços, capacitar profissionais de saúde nas questões gerontogerátricas e conscientizar autoridades e demais segmentos populacionais sobre a importância da saúde bucal para a qualidade de vida das pessoas idosas. Assim, há exigência de políticas públicas de atenção a saúde bucal do idoso adequada ao seu perfil, de modo a promover saúde e bem-estar para todos, indiscriminadamente, no irreversível processo de envelhecimento (BENEDETTI *et al.*, 2007).

O objetivo deste trabalho consiste em identificar na literatura as alterações fisiopatológicas e psicossociais relacionadas com a saúde bucal em idosos e as possibilidades de intervenção no âmbito da atenção primária à saúde. Para tal, utilizando a revisão bibliográfica narrativa, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais no período de 2000 a 2010, além da linha-guia “Atenção em Saúde Bucal”, elaborada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, e dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Principais Transformações Fisiológicas das Estruturas Bucais na Terceira Idade**

No Brasil, as pesquisas epidemiológicas que abordam a saúde bucal dos idosos são poucas, mas suficientes para mostrar que esses indivíduos apresentam significativos problemas bucais provenientes das mudanças decorrentes do envelhecimento relacionado com o funcionamento normal e /ou patológico das estruturas orais. Alguns desses problemas podem ser decorrentes das manifestações sistêmicas, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso de fármacos, provocando efeitos nos tecidos periodontais, na dentição, nas glândulas salivares e mucosas orais (SILVA; SAINTRAIN, 2006; MACÊDO *et al.*, 2009).

Como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade, proporcionando alterações fisiológicas que predisõem o idoso a apresentar condições patológicas típicas do envelhecimento. Em vários casos, torna-se difícil separar o patológico do fisiológico ou o cronológico do psicossocial (MACÊDO *et al.*, 2009; COMARK, 2010).

Com o processo de envelhecimento da cavidade bucal, podem-se observar algumas condições clínicas fisiológicas, tais como: redução da capacidade gustativa, alteração das glândulas salivares, alterações no periodonto, alterações do sistema mastigatório, alterações na estrutura dental e mucosa oral (ROSA *et al.*, 2008).

#### **2.1.1 Redução da capacidade gustativa**

A redução da capacidade gustativa geralmente é observada a partir dos cinquenta anos e atinge cerca de 80% dos pacientes idosos. Isto ocorre devido à redução significativa dos botões gustativos das papilas filiformes, conferindo aspecto liso e acetinado da superfície da língua. Esta condição é bem característica após os setenta anos e pode também ser consequência de uma má higiene bucal ou uso de medicamentos, resultando na diminuição do prazer de comer como consequência da mudança de paladar podendo até desenvolver outras

percepções gustativas durante o envelhecimento (MINAS GERAIS, 2006; ROSA *et al.*, 2008).

Com o processo de envelhecimento, é comum, além da perda das papilas filiformes, a atrofia de dois terços das papilas circunvaladas podendo ainda ocorrer a fissuração da língua associada ao desenvolvimento de varicosidade nodular na superfície ventral, afetando o sistema nervoso superficial (COMARK, 2010).

### **2.1.2 Alteração das glândulas salivares**

Na terceira idade observa-se, uma redução da produção de saliva pelas glândulas salivares que, com o envelhecimento, sofrem uma degeneração avançada com perda de 20 a 30% de sua capacidade funcional. A produção da saliva é essencial para formação do bolo alimentar favorecendo um bom processo de digestão, podendo contribuir para redução das carências nutricionais dos idosos. Consequentemente, a redução da quantidade de saliva acarreta diminuição na produção da amilase salivar em até 75%, o que dificulta a deglutição e posterior digestão, reduzindo também a proteção dos tecidos bucais como a lubrificação da mucosa e prevenção da desmineralização dos dentes. A redução da lubrificação da cavidade oral pela saliva torna-a susceptível a alterações patológicas. As alterações fisiológicas das glândulas salivares podem provocar xerostomia (boca seca), condição que pode também ter origem patológica (ROSA *et al.*, 2008; MACÊDO *et al.*, 2009; COMARK, 2010).

A origem patológica da xerostomia pode ser provocada pelo uso de medicamentos com ação anticolinérgica, falta de ingestão de líquidos, estresse e tratamento com radiação para câncer na região de cabeça e pescoço. A xerostomia proporciona desconforto no uso das próteses, perda do paladar, mau hálito, lábios ressecados e dificuldades de fala, mastigação e deglutição, o que resulta em dieta pobre em nutrientes e diminuição da interação social (MINAS GERAIS, 2006; ROSA *et al.*, 2008; MACÊDO *et al.*, 2009).

De acordo com o estudo realizado por Silva e Saintraim (2006), a xerostomia estava presente em 16% dos idosos, apresentando maior relação com o uso de associações de medicamentos e /ou alterações sistêmicas.

### 2.1.3 Alterações do periodonto

As alterações fisiológicas no periodonto são percebidas quando a atividade de reabsorção é aumentada e o grau de formação de osso é diminuído, o que pode resultar em porosidade óssea. Assim, o tecido ósseo sofre uma alteração gradual e progressiva que se inicia por volta dos quarenta anos de idade, ocorrendo redução da densidade óssea e perda do conteúdo mineral deste tecido. A osteoporose senil compromete o periodonto de sustentação, havendo perda da crista óssea interdentária, reabsorção óssea horizontal e vertical, com retração gengival, mobilidade e perda dentária, o que torna o idoso mais susceptível às patologias periodontais, além de contribuir para a perda da capacidade mastigatória (ROSA *et al.*, 2008).

Com o envelhecimento das estruturas bucais, verificam-se alterações gengivais e ósseas comuns de ser encontradas nos pacientes idosos. Constituem alterações gengivais: redução da queratinização, aumento da largura da gengiva inserida com localização constante na junção mucogengival ao longo da vida do adulto, diminuição da celularidade do tecido conjuntivo, aumento da quantidade de substâncias intercelulares, redução do consumo de oxigênio, retração e perda de inserção gengival. O envelhecimento do osso alveolar ocorre de acordo com os demais tecidos, sendo observadas a osteoporose, a redução da vascularização e a diminuição da capacidade metabólica de cicatrização. O aumento da porosidade e irregularidade, tanto da superfície do cimento como do osso alveolar voltado para o ligamento periodontal, é resultado do aumento da reabsorção e diminuição do grau de formação óssea (QUEIROZ *et al.*, 2008).

A osteoporose mandibular ou maxilar nos idosos edêntulos pode levar à reabsorção dos processos alveolares ou do próprio corpo da mandíbula, podendo, nesse último caso, deixar desprotegidos os nervos mandibulares e mentoniano, proporcionando sintomatologia dolorosa intensa (MINAS GERAIS, 2006).

A estrutura do tecido gengival clinicamente saudável não apresenta alterações de epitélio relacionadas com a idade, mas a submucosa apresenta uma redução na celularidade, com o aumento na textura do tecido fibroso (COMARK, 2010).

#### **2.1.4 Alteração do sistema mastigatório**

Com o envelhecimento do sistema mastigatório, podem ser observadas tanto uma hiperatividade da musculatura mastigatória durante a manutenção de postura quanto uma módica hipoatividade durante a mastigação quando comparadas às dos indivíduos jovens. Observa-se desgaste da estrutura dentária oclusal provocada, principalmente, pela mastigação ou pela perda de estimulação nervosa, a qual reduz a capacidade de coordenação dos movimentos mandibulares (MINAS GERAIS, 2006; ROSA *et al.*, 2008).

#### **2.1.5 Alterações na estrutura dental**

A contínua deposição de dentina nas paredes internas da câmara pulpar dos dentes durante toda a vida é normal proporcionando a redução do tamanho da câmara pulpar. A deposição da dentina secundária se forma e distribui lentamente sobre as paredes internas da câmara pulpar, tanto da coroa quanto da raiz. Assim, conforme a idade, podem-se observar canais radiculares quase totalmente obliterados (canais atresiadados) (COMARK, 2010).

Uma condição comum observada na terceira idade é a abrasão e ou erosão dentária (BRASIL, 2008).

#### **2.1.6 Alterações na mucosa bucal**

Na cavidade oral dos idosos, observam-se alterações na mucosa decorrentes dos numerosos processos de envelhecimento como o espessamento do epitélio queratinizado associado a uma redução na espessura da camada basal. Nas áreas onde não há ceratose, o epitélio senil mais fino torna-se sensível aos traumas. Além da redução de espessura celular, a densidade celular é mais elevada na mucosa de pacientes idosos o que indica uma desidratação tecidual progressiva (COMARK, 2010).

A vulnerabilidade a ferimentos da mucosa oral do idoso associada ao uso de próteses pode ocasionar o surgimento de lesões, como estomatite, candidíase, hiperplasias e úlceras (SILVA & SAINTRAIN, 2006).

## **2.2 Patologias Bucais mais Comuns na Terceira Idade.**

As doenças bucais mais prevalentes nos idosos são a doença periodontal, câncer bucal, cárie de raiz, lesões de tecido mole (VARGAS *et al.*, 2009).

### **2.2.1 Doença periodontal**

A doença periodontal é um processo infeccioso que afeta os tecidos de proteção e sustentação dos dentes, caracterizada pela formação de uma microbiota periodontal patogênica subgingival, cálculo e acúmulo da placa dentária. Outros fatores associados, como cigarro, deficiências imunológicas, comprometimentos sistêmicos e suas implicações (como a xerostomia), podem contribuir para alteração dos tecidos periodontais, como perda de inserção, profundidade de bolsa, matéria alba acumulada, cálculo e inflamação gengival. Nos idosos, é comum a perda de inserção o que poderia ser totalmente compatível com a saúde e função do periodonto; entretanto, a periodontite não é uma consequência natural da idade, nem a principal causa da perda dentária (QUEIROZ *et al.*, 2008).

Segundo o estudo realizado por Queiroz *et al.*(2008), com o objetivo de avaliar a doença periodontal no idoso, concluiu-se que a idade constitui um fator de risco importante nessa fase em que 64% apresentaram periodontite e 36% gengivite, resultando prevalência de 83,5% estando as mulheres com melhor saúde periodontal quando comparada à dos homens. A idade como um fator de risco envolve outros fatores importantes como: alterações sistêmicas, como a xerostomia, o uso de antidepressivos, ansiolíticos, diuréticos, anti-hipertensivos, além da redução da destreza manual e acuidade visual, o que torna o controle da placa bacteriana menos eficiente, diminuição da defesa imunológica e envelhecimento das células do periodonto que torna o processo de cicatrização mais lento. Uma associação

importante encontrada neste estudo foi em relação à presença de cálculo, sangramento gengival e bolsas periodontais nos idosos de condições socioeconômicas ruins.

No levantamento epidemiológico Saúde Bucal Brasil, em 2003, conhecido como SB Brasil 2003, a percentagem de pessoas com algum problema periodontal na faixa etária de 65 a 74 anos foi de 92,1% (BRASIL, 2008).

Com o surgimento de práticas preventivas e restauradoras eficazes, observa-se uma redução dos edentados totais, estimando-se para o futuro que mais idosos necessitarão de cuidados periodontais (QUEIROZ *et al.*, 2008).

### **2.2.2 Câncer bucal**

O câncer bucal está entre as principais causas de óbitos por neoplasias pelo fato de serem mais de 50% dos casos diagnosticados em estágios avançados da doença. Os cânceres de assoalho de boca e língua são mais frequentes e tendem a acometer o sexo masculino de forma mais intensa, sendo 70% dos casos diagnosticados em indivíduos com idade superior a cinquenta anos de idade (BRASIL, 2008).

### **2.2.3 Cárie de raiz**

A cárie é a principal patologia bucal nos indivíduos acima de sessenta anos de acordo com dados disponíveis em nível mundial. Este acometimento é potencializado por alterações fisiológicas como a redução do fluxo salivar provocado por uso de medicamentos, a dificuldade de higienização por problemas psicomotores e a alteração da dieta (ETTINGER, 1993 *apud* MACÊDO *et al.*, 2009).

Segundo Comark (2010), um indivíduo com menos de 30 anos tem, em média, uma em cada nove superfícies radiculares como sendo de risco a cárie, enquanto uma pessoa com mais de 60 anos apresenta duas superfícies de risco em cada três.

A cárie radicular é comum em pacientes idosos que apresentam doença periodontal, visto que, com a recessão da gengiva, a raiz torna-se mais exposta, predispondo a ocorrência da cárie radicular (BARBOSA 2002, *apud* MACÊDO *et al.*, 2009).

Segundo Barbosa e Barbosa (2002), citados por Silva e Saintrain (2006), a doença periodontal pode promover a recessão gengival expondo a raiz facilitando o acometimento pela cárie radicular, o que pode contribuir para perda dental.

#### **2.2.4 Lesões de tecido mole**

Segundo o aspecto de normalidade, a mucosa do idoso não difere da de um jovem, mas, assim como os outros tecidos, ocorrem alterações inerentes do envelhecimento como o espessamento do epitélio queratinizado associado a uma redução na espessura da camada basal, deixando os tecidos bucais vulneráveis a ferimentos, podendo ser observadas ulcerações, hiperplasias, estomatites e candidíases (MINAS GERAIS, 2006).

#### **2.2.5 Halitose**

A halitose pode decorrer de diferentes causas como os hábitos alimentares, a xerostomia e a má higiene, resultando em saburra lingual e halitose, sendo necessária uma intervenção multidisciplinar (BRASIL, 2008).

#### **2.2.6 Edentulismo**

O edentulismo pode ser considerado uma condição cultural do envelhecimento, embora, estudos mostrem que a perda dos dentes podem estar ligadas às condições patológicas relativas à terceira idade, e não ao desenvolvimento fisiológico do idoso. As duas

principais causas do edentulismo são a cárie e a doença periodontal (SILVA; SAINTRAIN, 2006; MACÊDO *et al.*, 2009; COMARK, 2010).

Segundo Moimaz *et al.* (2009), o edentulismo atual da população idosa pode ser explicado pelas dificuldades encontradas há décadas atrás como: o acesso ao tratamento odontológico, escassez de profissionais, alto custo para tratamentos odontológicos e a própria mentalidade mutiladora da população e dos profissionais.

O edentulismo apresenta importantes causas não patológicas, como as precárias condições de vida, a baixa oferta e cobertura dos serviços, o modelo assistencial predominante de prática mutiladora, aliadas às características culturais que exercem significativa influência sobre o modo como a perda dentária é assimilada (BRASIL, 2008).

Os últimos levantamentos epidemiológicos nacionais: (Brasil 1986, 1996 e 2003) indicaram que a perda precoce de elementos dentais é grave e o edentulismo constitui um problema de saúde pública persistente (BRASIL, 2008).

Segundo Silva e Saintrain (2006), 88,5% da população acima de 60 anos, apesar do menor número de dentes, apresentaram sangramento gengival e 78% dentes abalados, o que demonstra serem fatores agravantes para perda dental.

O edentulismo traz consequências para fala, deglutição e mastigação, o que leva ao comprometimento do processo digestivo, ingestão de nutrientes, apetite, comunicação e autoestima. A conservação dos dentes e a intensidade das doenças bucais, assim como a prevalência do edentulismo, são reflexos da condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social para os idosos (BRASIL, 2008).

Com a perda dos dentes ocorre uma redução da capacidade mastigatória antes de 100% e, quando reabilitado por próteses totais, cai para 25% (MACÊDO *et al.*, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2000, a meta seria que 50% dos indivíduos na faixa etária 65-74 anos deveriam apresentar, no mínimo, 20 dentes em condições funcionais; entretanto, no levantamento epidemiológico SB Brasil 2003, o componente dente perdido foi elevado (GAIÃO *et al.*, 2005).

Apesar da direta relação entre idade e edentulismo, o número de idosos que tem preservado sua dentição natural tem crescido consideravelmente. Na Suécia, 17,2% dos idosos na faixa etária de 55-64 possuem todos os dentes, e nos EUA, 18,8% dos idosos com mais de sessenta anos ainda conservam pelo menos 20 dentes em suas arcadas dentárias (COMARK, 2010).

### 2.3 Análise das Alterações Psicossociais na Terceira Idade em relação a Saúde Bucal

A população idosa é composta por um grupo heterogêneo de pessoas de acordo com diferentes experiências de vida acumuladas pelo indivíduo. As diferenças estão vinculadas aos níveis socioeconômicos, culturais e de saúde, assim como os diferentes níveis de motivação quanto à manutenção da saúde bucal. A saúde bucal comprometida pode afetar o nível nutricional, o bem-estar físico e mental e diminuir o prazer de uma vida social ativa. Portanto, é necessário conhecer não só as alterações fisiológicas e patológicas que acometem o organismo do idoso, mas também os aspectos psicossociais de interesse para este indivíduo (ROSA *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição de qualidade de vida é baseada na “percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

Considerando a complexidade do conceito de qualidade de vida, observou-se a necessidade da avaliação do “bem-estar subjetivo” no qual o indivíduo deve ter participação ativa na definição de seu padrão de qualidade de vida (PASCHOAL, 2000 *apud* DIAS *et al.*, 2005)

O meio social e cultural somados à carga genética herdada de nossos familiares, além das histórias pessoais, influem nas posturas corporais e sociais e podem influenciar o processo saúde-doença. O idoso pode associar a velhice a um fenômeno social destrutivo resultando em uma reação pacífica, depressiva ou agressiva e intransigente. Assim, muitos idosos podem perceber a velhice por meio das alterações patológicas da cavidade bucal (MOIMAZ *et al.*, 2009).

A cavidade bucal, segundo Moimaz *et al.* (2009), é mais que um simples órgão, possuindo uma missão biológica de sobrevivência física (alimentação), social (comunicação), autoestima (estética), e aspectos afetivos (beijo). Assim, a boca deve ser avaliada como porta de entrada (e saída) para vida.

De acordo com Werner *apud* Saintrain, Costa e Vieira (2008), para o indivíduo ter uma boa saúde bucal deve ser observado um quadro de ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos. A saúde bucal deve

contribuir para a comunicação, nos atos de falar e sorrir, tendo o potencial de aumentar a autoestima das pessoas e reduzir o número de doenças.

O paciente deve observar os sintomas, os problemas funcionais e sociais decorrentes da saúde bucal; apesar de a autopercepção não substituir o exame clínico do paciente, ela permite que se tenha uma visão ampla do problema considerando o indivíduo como um todo e estando mais próximo da real condição do indivíduo (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

Em um estudo no centro de reabilitação de Araçatuba (SP), realizado com idosos de baixa renda, nível de escolaridade até quarta série do Ensino Fundamental e pouca qualificação profissional, verificou-se que a saúde bucal foi considerada como regular por esses idosos, porém os dados coletados por meio de exame clínico foram contrários aos da autopercepção da real condição de saúde bucal (SILVA; FERNANDES, 2001 *apud* ARAÚJO *et al.*, 2006).

A autopercepção está mais relacionada com o grau de escolaridade, idade e situações adversas, como desinformação, condições bucais desfavoráveis, falta de dentes, presença de mobilidade e cárie resultando na importância das atividades de educação em saúde (MOIMAZ *et al.*, 2009).

No estudo realizado por Benedetti, Mello e Gonçalves (2007), em que foi avaliada a autopercepção das condições de saúde bucal pelos idosos, a falta de dentes não era, para maior parte deles, um fator prejudicial à capacidade de mastigação. Embora 66% dos idosos tenham relatado não possuir a maioria dos seus dentes, 65,2% consideraram o estado dos seus dentes ótimo ou bom. Assim, a percepção de saúde bucal deve ser identificada mais profundamente, bem como o modo como estas relações podem orientar comportamentos e atitudes, particulares do grupo populacional idoso.

Marinelli e Sreebny, *apud* Saintrain *et al.* (2008), verificaram estar a saúde bucal em décimo quarto lugar, de acordo com uma lista de classificação das vinte queixas mais comuns entre os idosos.

Os idosos podem considerar como “natural” a má condição de saúde bucal podendo ter sua percepção em relação as alterações bucais influenciadas pelos valores pessoais, como crença, visto que algumas dores e incapacidades são inevitáveis nesta idade, o que pode levar o idoso a superestimar sua condição bucal (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

A valorização do autocuidado ocorre quando o indivíduo está bem consigo mesmo, a autoestima é essencial para que ocorra mudança de hábitos no processo de promoção de saúde. A adoção de hábitos saudáveis e o abandono dos hábitos nocivos, como o tabagismo e

o alcoolismo, dependem mais de uma valorização de si mesmo pelo idoso do que esforços dos profissionais de saúde. A autoestima também influencia a procura e utilização dos serviços de saúde (SHINKAI & CURY, 2000).

O efeito do desequilíbrio da saúde bucal sobre a saúde geral do idoso interfere, às vezes de forma significativa, na qualidade de vida e bem-estar social, causando um problema funcional, social e psicológico das condições bucais que podem ser avaliadas por diversas escalas validadas internacionalmente como o Oral Health Impacy Profile (OHIP) (SHINKAI & CURY, 2000).

As tentativas de medir as alterações psicossociais em relação à saúde oral nos idosos está apenas começando e os estudos nesta área têm demonstrado que a saúde oral exerce influência positiva, negativa, ou ambas, sobre a qualidade de vida do indivíduo idoso (DIAS *et al.*, 2005).

#### **2.4 Possibilidades de Intervenção na Atenção Básica**

Observa-se uma transição epidemiológica junto à demográfica, em que as doenças crônico-degenerativas passam a predominar sobre as infecto-contagiosas, resultando em uma maior procura dos idosos aos serviços de saúde. Historicamente, os serviços de saúde bucal não têm como prioridade a atenção ao grupo da terceira idade que apresenta altos índices de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doenças periodontais. Com o envelhecimento populacional, surge a necessidade de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas de saúde bucal da terceira idade (MACÊDO *et al.*, 2009).

Segundo Queiroz *et al.* (2008), a boca deve ser vista como parte integrante do corpo influenciando e sendo influenciada pelo organismo. Assim, para que os pacientes idosos recebam um atendimento adequado, é primordial que os profissionais tenham conhecimento psíquico, físico e fisopatológico para que possam conhecer as manifestações bucais decorrentes do envelhecimento.

A Federação Dentária Internacional (FDI) recomenda aos países em desenvolvimento como o Brasil o investimento em serviços de prevenção e educação em saúde bucal em vez de

procedimentos curativos, permitindo que as necessidades de tratamento não sufoquem a capacidade de atendimento (SHINKAI & CURY, 2000).

A odontologia deve atuar como agente de integração na sociedade, influenciando o suporte social, na medida em que mantém a saúde bucal do idoso, possibilitando uma estética saudável, melhor autoestima, maior capacidade de fonação, além de contribuir para a integração do idoso ao meio social (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Os idosos requerem uma abordagem odontológica mais complexa, uma vez que, com o aumento da idade, desenvolvem inúmeras alterações fisiológicas e/ou patológicas que influenciam o tratamento odontológico observando maior acúmulo de doenças e afecções múltiplas em um mesmo indivíduo, o que implica o uso de medicamentos diferentes tornando-os mais susceptíveis à iatrogenia (SHINKAI; CURY, 2000; SILVA; SAINTRAIN, 2006).

O envelhecimento proporciona maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem provocar redução da capacidade funcional do idoso resultando, na maioria das vezes, na necessidade de um cuidado diferenciado (MACÊDO *et al.*, 2009).

O atendimento especial ou diferenciado implica não só uma anamnese complexa, exame clínico altamente cuidadoso, estudo minucioso de exames complementares, mas também o relacionamento, sempre que necessário, com profissionais de outras áreas, de forma multi e interdisciplinar, para um atendimento seguro que analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde do idoso (SHINKAI; CURY, 2000; MACÊDO *et al.*, 2009).

A interação da equipe de saúde bucal da ESF com outras áreas profissionais faz-se necessária, uma vez que a saúde bucal é indissociável da saúde como um todo, fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático, e vice-versa. Por essa razão, para um diagnóstico preciso das necessidades e prioridades da terceira idade que levem a um plano de ação atuante na atenção básica, é de extrema importância o conhecimento da interação multidisciplinar. Nesse contexto, a odontologia é fundamental a partir do momento em que é percebida como necessária (SHINKAI & CURY, 2000).

O idoso requer uma atenção centrada, dirigindo-se a ele, ouvindo e respeitando suas colocações. A avaliação de sua saúde deve ser feita de forma global por diversas especialidades, visto que envolve não só o processo de envelhecimento fisiológico, mas também as alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas (BRASIL, 2008).

Em um planejamento odontológico para o paciente idoso, é necessária a avaliação da autopercepção de saúde bucal que pode ser diferente entre os idosos, envolvendo diferentes abordagens profissionais, sendo importante conhecer e compreender os valores e percepções do idoso em relação à saúde bucal com o objetivo de melhorar as estratégias de ação de educadores e profissionais de saúde para se ter sucesso no plano de atendimento coletivo ou individual (SHINKAI; CURY, 2000).

No Brasil, considerando o envelhecimento populacional e os poucos dados da situação bucal do idoso, observa-se o crescente interesse em se quantificar as condições de saúde bucal por meio de levantamentos epidemiológicos que incluam essa faixa etária (MACÊDO *et al.*, 2009).

O objetivo da odontologia em relação aos idosos é o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem tenham repercussões negativas sobre a saúde geral e sobre o estado psicológico do indivíduo. Para tal, é necessária uma transformação das práticas de saúde bucal dos idosos por meio de estratégias que promovam abordagens intersetoriais e uma concepção pluralista do trabalho em saúde bucal coletiva, na qual a população assume um papel transformador, assumindo coresponsabilidade no processo saúde-doença bucal (MOREIRA *et al.*, 2005).

Comark (2000), *apud* Macêdo *et al.* (2009), ressalta que uma compreensão multidisciplinar da situação de saúde em que se encontra o paciente faz-se necessária para elaborar um plano de tratamento bucal para o idoso, permitindo reabilitá-lo ou manter sua saúde oral sem trazer danos à sua saúde sistêmica.

Em um plano de tratamento, a visão multiprofissional permite conhecer a condição sistêmica, como a presença de doenças crônicas, o uso de diversos medicamentos, destreza, hábitos parafuncionais, tabagismo, capacidade mental e motora, de modo a buscar uma solução para os problemas bucais que atenda também às expectativas e limitações do paciente (MARCHINI, 2002; HEBLING, 2003 *apud* MACÊDO *et al.*, 2009).

A equipe de saúde por meio de práticas de prevenção, tratamento odontológico, aumento da cobertura dos serviços para população mais jovem, melhoria dos hábitos de autocuidado e compreensão sobre necessidade de cuidados em saúde bucal pode combater o edentulismo na terceira idade (BRASIL, 2008).

Segundo Marin *et al.* (2008), a grande estratégia para os cuidados preventivos ou de reabilitação bucal seria o trabalho das equipes de saúde da família estabelecendo cuidados apropriados efetivos, atribuídos ao vínculo existente entre esses profissionais e a comunidade.

Macêdo *et al.* (2009), justificando a ausência de um protocolo de atendimento odontológico com intenção de mudar o perfil de atendimento profissional na assistência ao idoso com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, prevenindo doenças e ajudando a solucionar problemas de saúde com um tratamento diferenciado, propõem um modelo de protocolo de atendimento odontológico para o paciente idoso na Atenção Básica. O protocolo odontológico proposto inclui aspectos relativos à área de abrangência com adscrição da clientela, equipe multiprofissional com ações intersetoriais, ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e intensa participação comunitária, assim como o encaminhamento, quando necessário, aos demais níveis de saúde.

A promoção de saúde na terceira idade tem como objetivo garantir o bem-estar, a autoestima e a melhoria da qualidade de vida, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. Para alcançar esse objetivo, a interação multidisciplinar com a equipe de saúde envolvendo os familiares e cuidadores é necessária no processo de atenção ao idoso. Assim, a identificação da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é essencial para a elaboração de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade (BRASIL, 2008).

A promoção da saúde bucal para os idosos deve ser estimulada em todos os ambientes sociais, tanto nos serviços de saúde quanto na família, promovendo autonomia do idoso, possibilitando consolidação do vínculo entre o suporte social e a promoção de saúde. A partir da implantação do suporte social, trabalha-se promovendo a saúde geral (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Para elaborar e planejar as práticas de prevenção e promoção em saúde bucal para os idosos, seria interessante a aplicação de metodologias de avaliação da capacidade do autocuidado para que se possam estabelecer padrões seguros de afecções orais por parte desses pacientes e, em casos de comprovada inabilidade, os cuidadores são indivíduos que deverão ser orientados no sentido de oferecer ao idoso os cuidados necessários à manutenção de sua saúde bucal (COMARK, 2010).

A equipe de saúde de forma multidisciplinar pode apoiar e orientar as práticas de prevenção e promoção da saúde bucal atuando na higiene bucal, na promoção de uma alimentação saudável, na halitose, na xerostomia e necessidade de prótese dentária (BRASIL, 2008).

Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira, ampliando e garantindo a assistência odontológica à população, é o objetivo da Política Nacional de Saúde Bucal de

2004, “Brasil Sorridente”, pretendendo, especificamente em relação ao idoso, incluir a reabilitação protética na Atenção Básica, estabelecer horários específicos de atendimento, organizar grupos de idosos e difundir e aplicar tecnologias de maior impacto e cobertura (BENEDETTI *et al.*, 2007).

A crescente população idosa demanda por serviços odontológicos, daí a necessidade de políticas públicas para modificar tal realidade, sugerindo as seguintes ações: adequar a oferta de serviços públicos odontológicos ao perfil epidemiológico desta população, eliminar barreiras no acesso aos serviços, capacitar profissionais da saúde nas questões gerontogerítricas e conscientizar autoridades e demais segmentos populacionais sobre a importância da saúde bucal para qualidade de vida das pessoas idosas.

A situação de saúde bucal nos idosos, segundo os estudos e levantamentos epidemiológicos, deixa clara a falta de ações reabilitadoras ofertadas pelo serviço público, ratificando a ausência de políticas públicas de saúde bucal voltadas para os idosos (GAIÃO *et al.*, 2005).

A aplicação de instrumentos que proporcionem um conhecimento da condição epidemiológica da população idosa, como índice geriátrico para avaliação de saúde bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI) é imprescindível para se planejar ações sociais de prevenção, diagnóstico e intervenção nesta população (SAINTRAIN *et al.*, 2008).

O envelhecimento saudável é resultado de uma interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003 apud ARAÚJO *et al.*, 2006).

“É possível manter íntegros os dentes durante o envelhecimento. Para tanto, é necessário que a prevenção seja traduzida em atitudes e práticas durante toda vida” (BRASIL, 2008).

### 3 DISCUSSÃO

Como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, surge o Programa Saúde da Família (PSF) que busca a vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. As práticas do PSF estão comprometidas com a solução de problemas de saúde, prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população. As equipes de saúde bucal do PSF buscam firmar um novo modelo de atendimento, rompendo com os modelos de características curativas mutiladoras e promoção de saúde apenas para escolares, sendo observada a inexistência de ações programáticas de saúde bucal voltadas para a terceira idade, ações praticamente inexistentes em nosso País.

O perfil da condição bucal do idoso vem-se modificando apesar dos altos índices de edentulismo, sendo constatada uma tendência de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional perante a diversos quadros clínicos (SHINKAI; CURY, 2000).

Para um atendimento realmente multi e interdisciplinar, é necessário que preconceitos em relação à odontologia sejam eliminados diante do conceito de que a saúde bucal do idoso não se restringe apenas à boca e esta não está fadada a uma dentadura com o seu envelhecimento. O tratamento odontológico na terceira idade visa ao bem-estar do idoso nas suas diferentes dimensões; biológica, psicológica e social. A troca de informações é fundamental em todos os níveis de atendimento, seja na promoção de saúde, seja na prevenção específica ou na reabilitação, e deve envolver a equipe de profissionais, os idosos, seus familiares, cuidadores e comunidade, possibilitando a fusão de diversas atuações profissionais por meio de ações integradas mais objetivas e eficazes, respeitando as necessidades dos idosos (SHINKAI; CURY, 2000).

Perante o rápido envelhecimento populacional no Brasil e o acúmulo de problemas de saúde bucal durante a vida dos indivíduos, observa-se uma necessidade de formação e capacitação de recursos humanos em odontologia geriátrica não apenas dos cirurgiões-dentistas, mas de toda a equipe de saúde bucal que possa viabilizar o atendimento à população de forma eficiente, otimizando o trabalho e fornecendo maior cobertura de assistência aos idosos (SHINKAI; CURY, 2000).

Segundo Rosa *et al.*(1992), citados por Shinkay e Cury (2000), os baixos níveis de saúde bucal poderiam ser explicados pela demora do interesse da odontologia pela prevenção que só aconteceu no Brasil no final da década de 70.

Para formar uma autopercepção que proporcione uma saúde bucal saudável na terceira idade, é necessário investir na incorporação de hábitos e de modos de vida mais saudáveis, requerendo uma postura ativa e consciente da população. A conscientização da população acontece a partir da informação e orientação básica em relação aos aspectos de saúde, incluindo a saúde bucal, buscando retirar o estigma de ser a terceira idade naturalmente doente. A prevenção e a promoção da saúde bucal devem ser organizadas de modo a motivar o autocuidado, familiares e cuidadores dos idosos, resultando em mudanças de atitudes pessoais que promovam a saúde biopsicossocial para terceira idade (SHINKAI & CURY, 2000).

Embora a odontologia preventiva seja prioritária nos idosos, a reabilitação bucal, através de restaurações diretas e todos os tipos de próteses, representa um papel importante nesse segmento da população. Devido ao acúmulo de problemas odontológicos durante toda vida do idoso, a odontologia restauradora vem auxiliar no restabelecimento das funções (mastigação, fonação e deglutição) e da estética. Assim a intervenção odontológica em nível curativo possui implicações na alimentação, na auto-imagem, na auto estima e no convívio social (SHINKAI; CURY, 2000).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da coleta e análise de dados provenientes desta revisão de literatura, considera-se importante a necessidade de um tratamento específico e diferenciado para o paciente idoso, bem como relembrar alguns aspectos que envolvam sua saúde bucal e sistêmica, associados ao processo normal do envelhecimento. Assim a odontologia deve obter na geriatria e na gerontologia as bases para uma visão geral do idoso e do envelhecer. Portanto há a necessidade de que os profissionais das equipes de saúde da família sejam capacitados, buscando sempre um conhecimento interdisciplinar, uma vez que, as alterações fisiopatológicas e psicossociais são complexas e particulares, estando relacionadas a características individuais de cada idoso. Com esta interação multidimensional, é provável que seja observado a elaboração de planos preventivos/terapêuticos que resultem em intervenções efetivas, que ofereçam a possibilidade de saúde bucal satisfatória e uma melhor qualidade de vida na terceira idade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.S.C. *et al.* Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface**. Botucatu, v.10, n.19: p.203-216, jan./jun. 2006.

BENEDETTI, T.R.B; MELLO, A.L.S.F; GONÇALVES, L.H.T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.6: p.1683-1690, nov./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**: Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 91p. (Caderno de Atenção Básica, nº 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

COMARK, E. F. **A saúde oral do idoso**. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br>> Acesso em: 15 mar. 2010.

DIAS, C.C.; TIBÉRIO, D.; FERRARI, F.L. Qualidade de vida e saúde oral do idoso. **Jornal Brasileiro de Odontogeriatrics**, v.1, n.1: p.23-27, 2005.

GAIÃO, L.R; ALMEIDA, M.E.L; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.3: p.316- 323, 2005.

MACÊDO, D. N *et al.*, Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente idoso na atenção básica. **Revista CRO, Odontologia. Clin. Científic.**, Recife; v.8, n.3: p.237-243, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.cro-pe.org.br>> Acesso em: 08 abr. 2010.

MARIN, M.J.S. *et al.* Atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia** v. 11, n.2: p.245-258, mai./ago. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Superintendência de Atenção à Saúde** Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde. Coordenação Estadual de Saúde Bucal. Linha Guia de Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2006.

MOIMAZ, S.A.S; ALMEIDA, M.E.L; LOLLI, L.F; GARBIN, C.A.S; SALIBA, N.A. Envelhecimento: análise se dimensões relacionadas à percepção dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3: p.361-375, 2009.

MOREIRA, R.S; NICO, L.S; TOMITA, N,E; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.21, n. 6: 1665-1675 nov./dez. 2005.

QUEIROZ, C.M. *et al.* Avaliação da condição periodontal no idoso. **Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço**, v.37, n.3, p.156-159, jul./ago./set. 2008.

ROSA, L. B. *et al.* Odontogeriatrics - a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v.13,n.2: p.82-86, mai./ago. 2008.

SAINTRAIN, M. V. L.; COSTA, E. H. M.; VIEIRA, A. P. G. F. **Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fortaleza**, 2008. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2990](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigo_int.php?id_artigo=2990)> Acesso em: 08 abr. 2010.

SHINKAI, R. S. A; CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.4: p.1099-1109, out/dez. 2000.

SILVA, P.S.B. **Saúde bucal e qualidade de vida de um grupo de idosos de Araçatuba-SP**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, 2000.

SILVA, A.L; SAINTRAIN, M.V.L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.9, n.2: p.242- 250, 2006.

VARGAS, D. M. A. *et al*, eds. **Saúde Bucal – Atenção ao idoso**. Belo Horizonte: UFMG – Nescon UFMG, 2009.