

**O PAPEL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL COMO PROMOTOR DE SAÚDE
BUCAL DO IDOSO**

**ROLE OF THE ORAL HEALTH TECHNICIAN AS PROMOTER OF ORAL
HEALTH OF ELDERLY**

Eliane WOZNHAK¹
Fernanda de Oliveira GOUVEIA¹
Lucimara Vilchak KORBELA¹
Beatriz BASSANI¹
Magda Eline Guerrart PORTUGAL²
Edeny Aparecida Terra LOYOLA³

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno atualmente observado em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos, e em parte é atrelado aos avanços tecnológicos no campo da saúde. No Brasil, o idoso é definido como pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, o que corresponde a 14,9 milhões de pessoas no país, representando cerca de 7,4% da população total. Estudos mostraram que o país não está preparado para o enfrentamento desta realidade. Por meio de revisão de literatura, o presente trabalho objetivou aprofundar o conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal dos idosos e o papel do TSB como promotor de saúde para esta faixa etária.

PALAVRAS CHAVE: Promoção da Saúde, Saúde do Idoso, Saúde Bucal.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon currently observed worldwide, especially in developed countries, and is tied in part to technological advances in the health area. In Brazil the elderly is defined as a person aged over 60 years, which corresponds to 14.9 million people in the country, representing about 7.4% of the total population. Studies have shown that the country is not prepared to face this reality. Through a review of literature, this study aimed to deep the knowledge about the care of elderly's oral health and the role of the TSB as a health promoter for this age group.

KEYWORDS: Health Promotion, Health of the Elderly, Oral Health.

¹ Alunas do Curso Técnico em Saúde Bucal, da Faculdade HERRERO. O artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito parcial para a obtenção de certificado do curso de Técnico em Saúde Bucal.

² Mestre em Ciências, área de concentração Bioquímica e Biologia Molecular, professora das disciplinas de Bioquímica, Odontologia Preventiva e Cariologia, Psicologia Aplicada e Saúde Coletiva da Faculdade HERRERO. Coorientadora do TCC.

³ Doutoranda em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva- PUCPR, Mestre em Odontologia, Especialista em Saúde Coletiva. Coordenadora de Pesquisa e Extensão e professora das disciplinas de Metodologia em Saúde e Saúde Coletiva da Faculdade HERRERO. Orientadora do TCC.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado no mundo como um todo, principalmente nos países desenvolvidos e o Brasil acompanha esta tendência, caminhando rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população idosa, em 2013, correspondeu a 14,9 milhões de pessoas no país, representando cerca de 7,4% da população total e as estimativas desta Instituição para 2060 prevêem a quadruplicação do número de pessoas acima de 60 anos, confirmando a tendência de crescimento acelerado desta faixa etária, amparada também pela ampliação da maior expectativa de vida (IBGE, 2013).

A definição de idoso varia nos diversos países do mundo, e para que uma pessoa possa ser considerada idosa em países desenvolvidos deve apresentar idade igual ou superior a 65 anos. Nos países emergentes, incluindo o Brasil, são definidos como idosos as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006).

O envelhecimento faz parte da natureza de todos os seres vivos e este processo contínuo inicia-se a partir do nascimento. De forma imperceptível, os aspectos biofuncionais começam a envelhecer na segunda década de vida e no final da terceira década surgem as primeiras alterações funcionais e estruturais. A partir da quarta década há perda de aproximadamente 1% da função/ ano, nos diferentes sistemas orgânicos (SÉGUIN, 2001).

A velhice não deve ser considerada como sinônimo de doença, porém nem todas as alterações que ocorrem nesta idade são decorrentes do envelhecimento natural. Considerada um processo multifatorial, está ligada a variáveis como o sexo, capacidade de adaptação do indivíduo às agressões do meio ambiente, estilo de vida da pessoa, experiências vivenciadas e características genéticas, dentre outros (BRASIL, 2006).

Assim, cada pessoa envelhece de forma individualizada, porém destaca-se que o estilo de vida - exposição ao estresse ou ao tabagismo, a falta de exercícios ou a nutrição inadequada – é fator que contribui para determinar a qualidade do processo (BRAZ; CIOSAK, 2006).

Vários são os aspectos que inquietam os profissionais de saúde quando se trata da saúde de idosos. Por um lado, o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional – a senescência – e, do outro, o desenvolvimento de uma condição patológica desencadeada por doenças, estresse emocional, ou acidente – a senilidade (BRASIL, 2006). Ambas, senescência e senilidade, exigem intervenções focadas em contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, a pessoa idosa possa redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade de vida possível (CIOSAK *et al*, 2011).

Essa busca por qualidade de vida exige intervenções de equipes multiprofissionais, com inclusão de equipe de Saúde Bucal (SANTOS, 2009).

Diversos fatores contribuem para que haja saúde bucal deficiente nessa faixa etária. Podem ser apontados alguns fatores importantes, como por exemplo, o valor positivo que as pessoas idosas atribuem à sua saúde bucal em detrimento da sua real condição clínica desfavorável, mesmo em países que mantêm programas odontológicos gratuitos dirigidos aos idosos, fazendo com que não procurem os serviços de saúde bucal (HAIKAL *et al*, 2011).

Outro aspecto refere-se ao fato que quando jovens, essas pessoas não tiveram acesso à odontologia por diversas razões, como por exemplo, o elevado custo do tratamento odontológico, a dor e o medo ligados a imagem do profissional ou ainda por consequência de

uma odontologia mutiladora praticada no início do século XX (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007).

Estas informações constituem-se em grande desafio a serem vencidos e são confirmadas pelos dados epidemiológicos do último Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal realizado no Brasil, que revelaram as péssimas condições de saúde bucal dos idosos brasileiros, evidenciando os altos índices de CPO-D médio (somatório dos dentes cariados, perdidos e obturados) para o grupo de 65 a 74 anos (27,5) e a necessidade de implantação do uso de próteses em idosos (BRASIL. Projeto SB 2010).

A partir destas premissas, este trabalho objetivou demonstrar características de saúde bucal apresentadas pelos idosos, bem como dependência e limitações enfrentadas nessa fase da vida, procurando aprofundar o conhecimento sobre os cuidados com a saúde bucal dos idosos e o papel do Técnico em Saúde Bucal (TSB) como promotor de saúde para esta faixa etária, tendo como foco a qualidade de vida.

2. CARACTERÍSTICAS BUCAIS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO

Segundo Koch Filho e Bisinelli (2008), com o avançar da idade algumas alterações fisiológicas fazem parte do envelhecimento. São elas:

- Mucosa bucal mais fina
- Redução das papilas linguais
- Desgaste das estruturas dentárias
- Dentina mais volumosa e mais rígida
- Mucosa bucal menos elástica
- Esmalte dentário menos permeável
- Atrofia da câmara pulpar e canal radicular
- Diminuição do fluxo salivar
- Perda de altura das cristas ósseas alveolares e maior rarefação óssea
- Alargamento da espessura de cimento dentário.

3. DOENÇAS BUCAIS RELACIONADAS AO ENVELHECIMENTO

A cavidade bucal do idoso é em geral mais acometida por algumas doenças como:

- Doença periodontal
- Xerostomia
- Saburra e halitose
- Cáries de raiz
- Edentulismo
- Desgastes dentários (atrições, abrasões e erosões)
- Lesões de tecidos moles (candidose, ulcerações, hiperplasias inflamatórias e medicamentosas)
- Câncer bucal (KOCH FILHO; BISINELLI, 2008).

4. O PAPEL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL (TSB) NO ATENDIMENTO AOS IDOSOS

Com o aumento da idade, a capacidade motora é prejudicada, fato que reflete na habilidade de realização de uma higiene bucal adequada. A incapacidade bucal ocorre quando não se consegue exercer funções inerentes ao sistema: mastigação, deglutição e fonação, bem como contatos sociais por problemas odontológicos (VARGAS; VANCONCELOS; RIBEIRO, 2011; MOIMAZ *et al*, 2004).

Apesar de algumas limitações de ordem fisiológica, estudos mostram que, mesmo em idades avançadas, indivíduos motivados têm capacidade de aprender, necessitando apenas de incentivo e orientação (VARGAS; VANCONCELOS; RIBEIRO, 2011; MOIMAZ *et al*, 2004).

O TSB, dentro do desempenho da profissão, deve estar preparado para perceber a necessidade individual de cada idoso, orientar os cuidadores, trabalhar com a promoção da saúde bucal, com atividades educativas e preventivas e adequar métodos de higiene e cuidado em cada situação (RODRIGUES *et al*, 2011).

4.1. CONTROLE DO BIOFILME BUCAL

O controle do biofilme deve ser estimulado e orientado tanto para idosos independentes como para os dependentes e também para os cuidadores (CONCEIÇÃO *et al*, 2011).

Para idosos que não usam prótese, semelhante a outras faixas etárias, a orientação sobre o uso de escova e fio dental é muito importante, pois a quantidade de biofilme na cavidade bucal pode aumentar o risco à cárie dental, à doença periodontal e à processos inflamatórios (GONÇALVES *et al*, 2011).

4.2. LIMPEZA MECÂNICA DE PRÓTESES

A superfície retentiva da resina com que é confeccionada a prótese, o acúmulo de resíduos alimentares na interface entre mucosa e prótese e a temperatura bucal propiciam um ambiente adequado para a proliferação de micro-organismos. Desta maneira, é necessário que as próteses totais sejam bem limpas e desinfetadas diariamente, após cada refeição, com escova convencional dura, combinada com alguns dentífrícios pouco abrasivos ou sabão, visando evitar o desgaste da resina acrílica, pois este desgaste facilita o acúmulo do biofilme e ainda promove a desadaptação do aparelho protético. Para os tecidos de sustentação, orientase massagem com gaze úmida no palato, língua, rebordo alveolar residual e mucosa (apud GONÇALVES *et al*, 2011; apud CONCEIÇÃO, 2010).

4.3. LIMPEZA QUÍMICA DE PRÓTESES

Dentre os métodos químicos, os peróxidos-alcálicos são os agentes mais comercializados para a higienização de próteses. Disponíveis em forma de pó ou tabletes que se transformam em solução alcalina de peróxido de hidrogênio quando dissolvidos na água.

A efervescência criada pela liberação de oxigênio realiza uma limpeza mecânica na prótese e a presença de agentes oxidantes ajuda a remover manchas possuindo ação antimicrobiana. Quando utilizado regularmente, tende a ser mais efetivo sobre o biofilme, manchas e cálculos dentários recém-formados. A prótese deve ser imersa por várias horas ou toda noite, a ação dos agentes oxidantes seja efetiva (GONÇALVES *et al*, 2011).

Outro agente químico que pode ser utilizado para limpeza de próteses é o hipoclorito de sódio (água sanitária). É um agente de limpeza que possui ação antibacteriana e antifúngica, sendo eficaz contra esporos e o vírus da hepatite B. A utilização de uma solução de hipoclorito de sódio a 2,25% (15 mL de hipoclorito com 200 mL de água), durante 10 minutos, para limpeza de próteses, foi mais efetiva na remoção do biofilme quando comparada com soluções de perborato de sódio – Corega Tabs® ou de clorexidina a 2% (CATÃO *et al*, 2007).

4.4. MÉTODOS COMBINADOS

Apenas o uso de escova e pasta abrasiva, não promove remoção dos micro-organismos. Isto se deve às depressões e irregularidades presentes na resina que favorecem a colonização por bactérias e leveduras, tornando mais difícil a remoção mecânica das mesmas (apud GONÇALVES *et al*, 2011).

Assim, a associação do uso de escova e dentifrícios específicos para próteses e imersão em soluções químicas apresenta grande vantagem, pois proporciona um meio efetivo de limpeza, uma vez que os agentes químicos têm atividade antimicrobiana superior quando combinados à limpeza manual (apud GONÇALVES *et al*, 2011).

4.5. PACIENTES ACAMADOS

A higiene deve ser feita com a cabeceira da cama elevada, após cada refeição, observando se há sangramentos. As próteses devem ser higienizadas com escova de cerdas duras, seguindo-se da higienização da gengiva, língua e bochechas com gaze umedecida em água filtrada, envolvida em uma espátula, três vezes ao dia.

As próteses, quando não estiverem em uso, devem ser guardadas em um recipiente com tampa. As pessoas com perda de peso devem ter suas próteses reavaliadas, uma vez que a má adaptação pode comprometer a sua alimentação. O uso de equipamentos de proteção individual - EPIs é necessário para a realização do trabalho do cuidador que deve ser orientado a prender os cabelos (apud CONCEIÇÃO, 2011).

5. DISCUSSÃO

O envelhecimento progressivo da população é um fenômeno que acarreta demandas sociais e econômicas, exigindo planejamento no sentido de assegurar saúde, segurança e inserção social à crescente população de idosos (KOCH FILHO; BISINELLI, 2008). Apesar do envelhecimento da população se constituir em uma realidade que ocorre no mundo todo, a sociedade parece não estar preparada para este fato. Justifica-se esta afirmação pois a velhice é vista como sinônimo de doença e as alterações que ocorrem nesta idade são creditadas como decorrentes do envelhecimento natural. Muitos idosos têm apresentado declínio funcional acentuado, o que poderia ser diferente, se fossem oportunizadas melhores condições de um envelhecimento saudável.

A saúde bucal do idoso se apresenta de modo geral deficiente. A dificuldade de acesso ao tratamento odontológico, a escassez de profissionais na época em que esses idosos eram jovens, o alto custo do tratamento ou os aspectos culturais, foram fatores que contribuíram para que perdas dentárias precoces resultassem em elevado número de pessoas com mutilações dentais. Outro fator decisivo é o fato dos idosos acreditarem que a visita ao dentista seja importante apenas para quem possui dentes, o que representa importante barreira ao uso de serviços odontológicos (HAIKAL *et al*, 2011). O CPO-D médio do Brasil de 27,5,

segundo o último levantamento de Saúde Bucal no Brasil (2010), revelou um quadro grave e espera-se que sejam tomadas medidas para a sensibilização das famílias e da comunidade, para que assumam mais responsabilidades pelos membros mais velhos, principalmente quando eles venham a apresentar algum problema que resulte na limitação de sua autonomia e independência (CONCEIÇÃO, 2010).

Estudos revelam que em Instituições de Longa Permanência (ILP) a situação dos idosos é ainda mais precária, pois não há um cuidado adequado em relação à saúde bucal destas pessoas. No Brasil não há normas específicas referentes ao cuidado da saúde bucal em instituições e observa-se também ausência de protocolo, falta de programação de atenção especializada, e ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores, profissionais e leigos (MOREIRA *et al* 2005; CONCEIÇÃO, 2010). Entre os cuidados de saúde que são responsabilidade das instituições, estão incluídos os cuidados de saúde bucal. Entretanto, a negligência com os cuidados bucais em instituições tem sido documentada, em diferentes explicações dos responsáveis, como: falta de tempo, conhecimento, interesse, dificuldade em lidar com idosos, comprometimento funcional e cognitivo. Esta situação pode contribuir para a deterioração da saúde bucal dos idosos, potencializando os problemas já existentes (GONÇALVES *et al*, 2010).

Sob a supervisão do cirurgião-dentista (CD), o planejamento e organização de ações de promoção de saúde bucal direcionadas aos idosos institucionalizados ou não, e aos cuidadores, devem ser realizados por Técnicos de Saúde Bucal, os quais possuem qualificação para esclarecer e orientar procedimentos de promoção e manutenção de saúde bucal. Faz parte das atribuições deste profissional a organização de ações cotidianas direcionadas a idosos. A motivação é uma ferramenta indispensável para a promoção de saúde bucal, sendo que o controle do biofilme deve ser realizado com o objetivo de evitar a cárie dental e o desenvolvimento de doenças periodontais inflamatórias (SILVA *et al*, 2011).

Outras atribuições do TSB referem-se à vigilância da saúde bucal, orientação sobre os fatores de risco e dieta alimentar, desestímulo ao tabagismo e alcoolismo e estabelecimento de estratégias para atendimento aos idosos acamados, inclusive aos que residem em zona rural, como previsto no Estatuto do Idoso, e onde o acesso é mais difícil (VARGAS *et al*, 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção de saúde bucal no idoso pode proporcionar melhoria na qualidade de vida geral e há expectativa de que um melhor padrão de saúde bucal dos idosos só poderá ser atingido mediante mudança de práticas organizacionais.

Em caso de idosos totalmente dependentes, o cuidado da boca deve ficar sob a responsabilidade do cuidador com supervisão do CD e TSB, sendo esta medida também aplicada aos pacientes hospitalizados, exceto nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) onde a responsabilidade deve ser exclusiva dos profissionais de saúde bucal.

Orientar cuidadores deve estar entre as funções do TSB, inclusive aconselhar que se promova o estímulo para que o idoso seja capaz de executar o controle mecânico do biofilme bucal.

7. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 192 p.
 2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília: Coordenação de Saúde Bucal, 2011. 92 p.
 3. BRAZ, E.; CIOSAK, S.I. O perfil do envelhecimento. In: BRAZ, E; SEGRANFREDO, K.U.; CIOSAK, S.I. **O paradigma da 3ª idade**. Cascavel (PR): Coluna do Saber; 2006. 132p.
 4. CATÃO, C.D.S.; RAMOS, I.N.C.; SILVA NETO, J.M.; DUARTE, S.M.O.; BATISTA, A. U.D.; DIAS, A.H.M. Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais. **Rev. odontol. UNESP**, São Paulo, v.36, n.1, p.53-60, 2007. Disponível em:<<http://www.revodontolunesp.com.br/files/v36n1/v36n1a09.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2014.
 5. CIOSAK, S.I.; BRAZ, E.; NEVES; M. F. B. A.; COSTA, N.G.; NAKANO R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R.A. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, p.1763-8, 2011. Edição especial.
 6. CONCEIÇÃO, L. F. S. Saúde do Idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.1, p. 81-91, 2010.
 7. GONÇALVES, L. F. F.; NETO, D. R. S.; BONAN, R. F.; CARLO, H. L.; BATISTA, A. U. D. Higienização de próteses parciais e totais removíveis. **Rev. bras. ciênc. saúde.**, v.15, n.1, p. 87-94, 2011.
 8. GONÇALVES, L. H. T.; MELLO, A. L. S. F; ZIMERMANN, K. Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados. **Esc. Anna Nery.**, v.14, n.4, p. 839-847, 2010.
 9. HAIKAL, D. S.; PAULA, A. M. B.; MARTINS, A. M. E. B. L.; MOREIRA, A. N.; FERREIRA, E. F. Auto percepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc. saúde colet.**, v.16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.
 10. HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciênc. saúde colet.**, v.12, n.4, p.1051-1056, 2007.
 11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2013. Rio de Janeiro; 2013. 262 p. (Estudos & Pesquisas. Informação
-
- WOZNHAK, E. et al. O PAPEL DO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL COMO PROMOTOR EM SAÚDE BUCAL DO IDOSO. **Revista Gestão & Saúde**, v.10, n.1, p.09-16. 2014.

demográfica e socioeconômica; 32). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>>. Acesso em 16/06/2014.

12. KOCH FILHO, H. R.; BISINELLI, J. C. **Abordagem de famílias com idosos**. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. Saúde bucal das famílias: Trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p.236-245.

13. MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde – Representação Brasil, 2011. 549 p. ISBN: 978-85-7967-075-6.

14. MOIMAZ, S. A. S.; SANTOS, C. L. V.; PIZZATO, E.; GARBIN, C. A. G.; SALIBA, N. A. Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. **Pesqui. Odontol. Bras.**, v.7, n.3, p.72-78, 2004.

15. 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. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/03.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

16. RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; FONSÊCA, G. S.; SIQUEIRA, D. V. S. Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família em um Município do Seminário Baiano. **Rev. baiana saúde pública**. v.35, n.3, p.695-709, 2011.

17. SANTOS, C. M. Avaliação Longitudinal da Mudança na Percepção de Qualidade de Vida relacionada à saúde em idosos. 2009. 50 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Bucal Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2009.

18. SÉGUIN, E. O idoso aqui e agora. Rio de Janeiro: Lumem Júris, 2001. 122p.

19. SILVA, D. D. et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**. v. 45, n. 6, p.1145-1153. 2011.

20. VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. Saúde bucal: atenção ao idoso. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (NESCON)**; 2011. 76p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2685.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2014.