
IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO E REABILITAÇÃO BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES IDOSOS**IMPORTANCE OF ORAL REHABILITATION AND ORIENTATION IN THE QUALITY OF LIFE OF OLDER PATIENTS**

Thais Alessandra SANTOS¹
Gustavo Ross KINDER²
Alessandra Soares DIETZEL³
Ingrid Occhi ALEXANDRE³
Patricia Vida Cassi BETTEGA³
*Aluhê Lopes FATTURI³

RESUMO

Introdução: A Odontogeriatrics enfatiza o cuidado com a saúde bucal da população idosa, com atenção especial ao atendimento preventivo, como o controle do biofilme dental, uso de agentes antimicrobianos, e flúor nas suas mais diversas formas de apresentação, além da reabilitação bucal visando a melhora da qualidade de vida, função mastigatória e da auto estima do paciente idoso.

Objetivo: relatar além da reabilitação bucal uma ação de promoção à saúde bucal voltada para a prevenção das doenças que mais afetam a cavidade bucal com o envelhecimento. **Conclusão:** A odontologia propicia a promoção de saúde bucal principalmente através do incentivo aos cuidados de higiene bucal e de procedimentos de reabilitação da estética e função, contribuindo para a melhora direta da qualidade de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde Bucal; Saúde do Idoso; Qualidade de vida

ABSTRACT

Introduction: Geriatric dentistry emphasizes oral health care for the elderly population, with special attention to preventive care, such as the control of dental biofilm, use of antimicrobial agents, and fluor in its various forms of presentation, in addition to oral rehabilitation aimed at improvement in the quality of life, masticatory function and self-esteem of the elderly patient. **Objective:** to report, in addition to oral rehabilitation, an action to promote oral health aimed at preventing the diseases that most affect the oral cavity with aging. **Conclusion:** Dentistry promotes oral health mainly by encouraging oral hygiene care and rehabilitation procedures for aesthetics and function, contributing to a direct improvement in the quality of life of the elderly.

KEY WORDS: Health Education; Dental health of elderly; Quality of life.

1 Acadêmica do curso de Odontologia, Faculdade Herrero, Curitiba – PR

2 Mestre em Odontologia, docente do curso de Odontologia da Faculdade Herrero, Curitiba- PR

3 Doutora em Odontologia, docente do curso de Odontologia da Faculdade Herrero, Curitiba – PR

aluhe.odonto@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A diminuição nas taxas de mortalidade, o declínio nas taxas de natalidade e a elevação da expectativa de vida devido as melhorias nos cuidados e nas políticas públicas de saúde contribuem significativamente para o aumento da proporção de idosos no mundo, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais.¹

A qualidade de vida é um termo multidimensional e como tal deve ser estudado considerando uma série de fatores que podem influenciar na sua percepção. Condições clínicas e problemas de saúde podem impactar diretamente na qualidade de vida, mas não é somente isso que deve ser considerado. Pode-se ainda associar qualidade de vida à saúde bucal como sendo “a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e sentido positivo de autoconfiança da em relação à situação bucal”.²

Manter uma boa saúde bucal (ausência de dor, inflamação e cáries) e função oral (capacidade de mastigação e estética) são presumivelmente um fator contribuinte relevante para manter um alto nível de Qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL). Portanto, os profissionais de saúde devem se concentrar em manter uma boa saúde bucal e uma alta qualidade de vida relacionada a saúde.³

Dentre as alterações percebidas na cavidade oral do paciente idoso algumas são decorrentes de doenças sistêmicas, deficiência nutricional, efeito colateral de determinados medicamentos, que repercutem no funcionamento das glândulas salivares, na saúde do tecido periodontal, e da mucosa. Destas o edentulismo, a cárie dentária, doença periodontal, a xerostomia, redução da capacidade gustativa, e as lesões nos tecidos moles são as que apresentam maior prevalência e acometimento na saúde bucal do idoso.⁴ O atendimento à pacientes idosos deve ser adaptado para essas circunstâncias, com grande ênfase na categorização de risco, além de fornecer cuidados que sejam acessíveis e aceitáveis para uma população em envelhecimento.⁵

Essa transição demográfica gerou entre os idosos uma carga crescente de doenças com impacto negativo na sua qualidade de vida, definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações pela OMS.¹ A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar a estrutura etária da população. Em 2020, cerca de 9% da população tinha 60 anos ou mais, contra 5% em 1996.⁶

Neste contexto, o presente relato de caso teve o objetivo de mostrar a importância do cuidado com a saúde bucal dos idosos e a sua influência na qualidade de vida dos mesmos, considerando que

Santos TA et al. Importância da orientação e reabilitação bucal na qualidade de vida de paciente idosos .2022;24(1):61-75

DOI: 10.17648/1984-8153-rgs-v1n24-6

o comprometimento da saúde bucal pode levar a prejuízos nutricionais e do bem-estar físico e psicológico.

2. RELADO DO CASO

Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Herrero (Parecer 5.018.871), além do paciente aceitar participar do estudo por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente explicado de forma verbal.

Paciente H.M.G, 75 anos de idade, sexo masculino, aposentado, relatou na anamnese não possuir nenhuma alteração sistêmica e não fazer uso crônico de medicamentos. A queixa principal que o levou a buscar atendimento foi sua dificuldade para se alimentar, a presença de sangramento gengival e também um descontentamento referente a sua situação bucal, além do relato de que “nunca havia recebido orientações sobre higiene bucal”.

No exame clínico foram detectados desequilíbrio oclusal devido à ausência de 08 dentes, retração gengival nos dentes presentes em boca, lesões de abrasão e erosão nos elementos 11,12,13,14,21,23,24 e mobilidade dentária no elemento 28 presença de cálculo supragengival nas arcadas superior e inferior, devido à doença periodontal; presença de restaurações insatisfatórias nos dentes 13, 14, 21, 23, 32, 44 e 37, além de uma prótese fixa cerâmica no dente 22.

Na primeira consulta foi realizada foto inicial do paciente e solicitada radiografia panorâmica, como exame complementar (Figura 1a e b), além disso, foram evidenciados cálculo supragengival e biofilme dental visível, através do uso de evidenciador de placa (Eviplac Solução, Biodinâmica®) obtendo-se um score de 45% de biofilme avaliado pelo índice O'LEARY (Figura 2a). Foi realizada a orientação de higiene bucal, utilizando de forma visual as superfícies dentárias coradas pelo evidenciador e também biofilme dental solicitado para que o paciente trouxesse na próxima consulta a escova dentária que ele utilizava, para complementação da orientação de higiene bucal

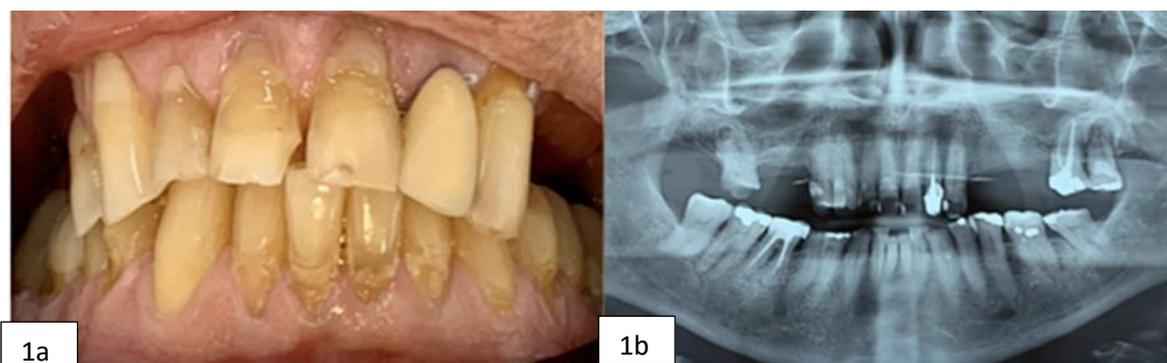


Figura 1-a: Estágio inicial clínico do paciente; b: Estágio inicial radiográfico do paciente.

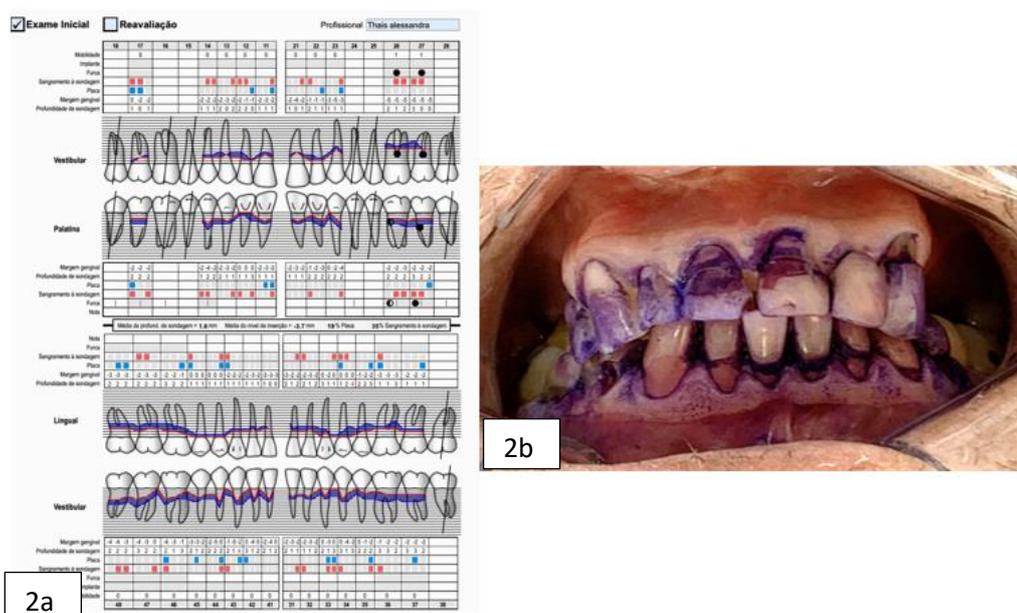


Figura 2-a: Superfícies dentárias coradas com evidenciador de biofilme no início do tratamento; b: Periograma no início do tratamento

Na segunda consulta foi realizado o periograma onde foi possível constatar um alto nível de sangramento à sondagem, presença de placa visível e cálculo supra gengival. Através do periograma (Figura 2) foi possível verificar que o paciente apresentava 94 sítios doentes, representando uma porcentagem de 62,6% dos elementos presentes e uma média de Nível clínico de inserção(NIC) de 4 milímetros, sugerindo diagnóstico de doença periodontal, ou seja, gengivite generalizada em um periodonto reduzido pois apresentou mais de 10% dos sítios com sangramento à sondagem. Constatou-se também que houve um histórico de periodontite prévia devido à presença de regiões de perda óssea, o que acarretou a uma maior medida de NIC. Além disso foram observados fatores de risco predisponentes a doença periodontal como lesão de furca grau 3 no dente 28, trauma oclusal e restaurações mal adaptadas.

Baseado no exame clínico inicial e nos exames complementares (radiografia panorâmica e exame periodontal), o tratamento foi planejado, iniciando-se com a terapia periodontal dividida em fases, sendo realizada em 1 sextante da cavidade bucal por semana. Juntamente com a terapia periodontal as orientações sobre higiene bucal foram reforçadas além da indicação de troca da escova dental utilizada pelo paciente, pois a mesma estava com as cerdas em condições desfavoráveis para a correta remoção do biofilme dental. Foram reforçados a orientação e treinamento de escovação dentária utilizando-se o método de Stilmann modificado.

Após a conclusão do tratamento periodontal, com melhora da saúde gengival (Figura 3), foi dado início à etapa de adequação do meio bucal através da extração do dente 28 que apresentava lesão de furca (Figura 4)



Figura 3: Arcada inferior após a conclusão do tratamento periodontal

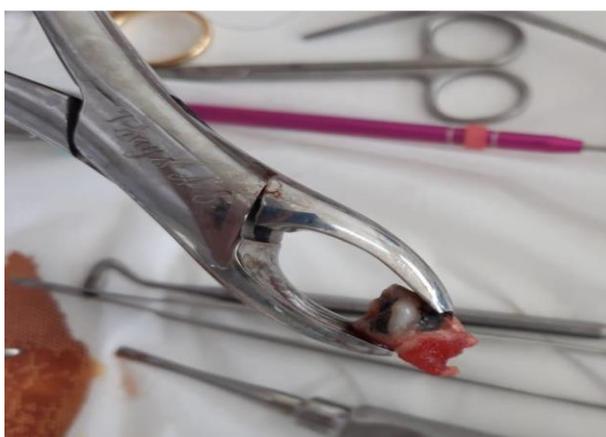


Figura 4: Exodontia do elemento 28.

Após um mês de tratamento o paciente foi novamente submetido à avaliação do índice O'LEARY (Figura 5a) para verificar a melhora da higiene bucal pós orientações realizadas anteriormente. Nessa reavaliação pode-se observar a redução do score do índice para 28%,

Santos TA et al. Importância da orientação e reabilitação bucal na qualidade de vida de paciente idosos .2022;24(1):61-75

DOI: 10.17648/1984-8153-rgs-v1n24-6

demonstrando que o paciente estava mais motivado com os cuidados de higiene bucal, já que houve uma redução de 17% do acúmulo de biofilme dental segundo o índice O'LEARY inicial (45%).

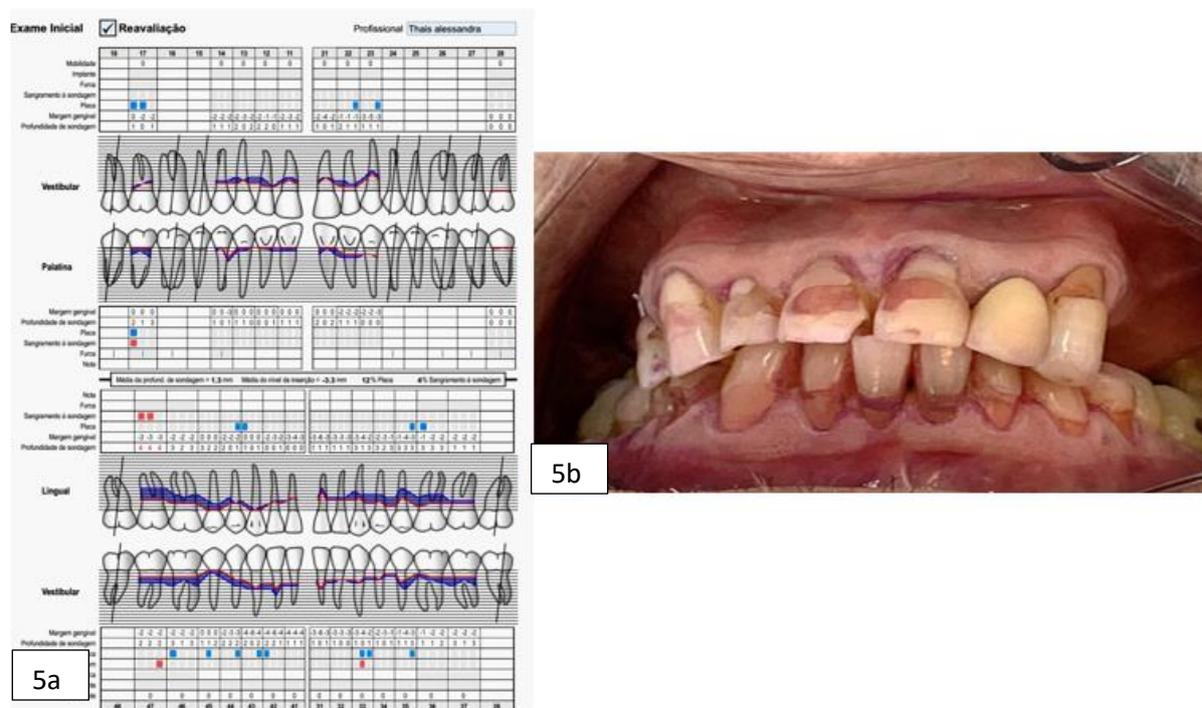


Figura 5-a: Superfícies dentárias coradas com evidenciador de biofilme dental após 1 mês do início do tratamento; b- Periograma após 1 mês do início do tratamento

No segundo periograma (Figura 5b) também observou-se uma melhora na saúde periodontal com 144 sítios presentes, média NIC com redução para 3,22 milímetros no pior sítio e apenas 3% de sangramento à sondagem, constatando-se o sucesso do tratamento, quando comparando com periograma inicial que constatou 94 sítios doentes. No exame após 30 dias foram demonstrados somente 38 sítios doentes.

Ainda na fase de adequação do meio bucal foram realizadas as remoções dos fatores de retenção de biofilme dental e ajuste oclusal com pontas diamantadas finas 1112, 1190 e 3195 (Microdont®) (Figura 6a) e polimentos das restaurações com taça de borracha de espessura fina (Microdont®) nos elementos 31-32-33-34-41-42-43-11-12-13-21-23-24 (Figura 6b) e verificação do acesso do fio dental nos espaços interproximais (Figura 6c).



Figura 6-a: Ajuste oclusal, remoção dos fatores de retenção; b: Polimento dos elementos dentários; c: Verificação do acesso do fio dental as áreas interproximais

Após o restabelecimento da condição de saúde bucal foi iniciada a etapa de confecção de prótese parcial removível (PPR) na arcada superior, para restabelecimento do equilíbrio oclusal e recuperação dos dentes ausentes (Figura 7).



Figura 7: Arcada superior previamente a confecção da PPR metálica

Para a confecção da PPR metálica, primeiramente, foi realizada moldagem com alginato Tipo II (Avagel®) utilizando moldeira metálica tamanho S-2. O registro de mordida foi feito com cera utilidade 07 (Figura 8)

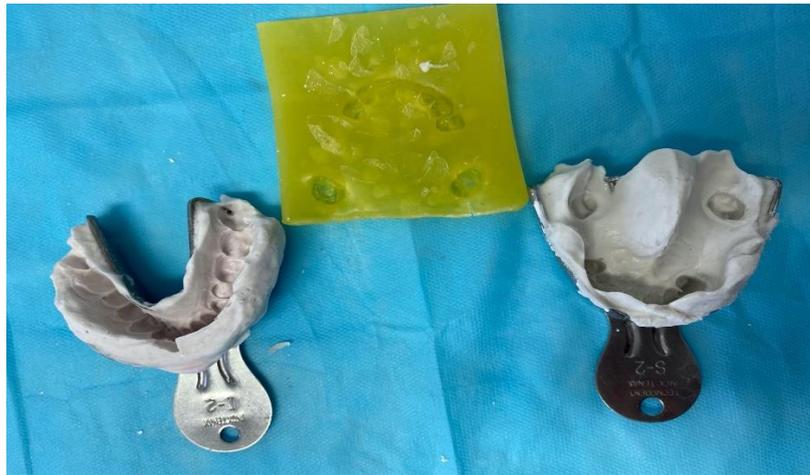


Figura 8: Molde das arcadas com alginato tipo II e mordida em cera utilidade.

O molde foi enviada ao laboratório de prótese para confecção da estrutura metálica, que foi provada na consulta seguinte. Após a prova, foi estabelecido o plano oclusal com o auxílio de roletes de cera 7 (Figura 9) e escolhida a cor 77 (escala Vita®) para os dentes faltantes (Figura 10a)



Figura 9: Prova da estrutura metálica; b: modelo do paciente com rodete em cera



Figura 10-a: Escolha da cor dos elementos; b: Prova dos dentes em cera.

Depois, foi feito a prova do dentes em cera, verificando-se a adaptação da prótese; o tamanho, formato e cor dos dentes e o encaixe oclusal (Figura 10b) Nessa consulta o paciente aprovou a execução da PPR e a mesma foi encaminhada ao laboratório de prótese dentária para acrilização.

Por fim, realizou-se a consulta de entrega da PPR (Figura 11a), e os ajustes oclusais foram realizados para melhorar a sua adaptação. As orientações em relação aos cuidados que deveriam ser tomados com a PPR e o reforço da manutenção da higiene bucal também foram realizados. Com isso, obteve-se a devolução da harmonia do sorriso e da saúde bucal do paciente (Figura 11b).



Figura 11-a: Consulta de entrega da PPR; b: Devolução da harmonia do sorriso

Após 12 meses da instalação da PPR metálica o paciente retornou para acompanhamento do seu tratamento, sendo solicitados novos exames complementares. Esse período de intervalo entre a consulta de instalação da prótese e acompanhamento foi maior, devido ao afastamento das atividades nos consultórios odontológicos pela a pandemia do COVID-19.

Nessa consulta de retorno foi realizada a profilaxia com pasta profilática e reforçadas as orientações de higiene com nova evidenciação de biofilme dental. Um novo periograma foi realizado (Figura 12a) onde observaram-se 38 sítios doentes; a média NIC foi menor que 3,0 milímetros e menos de 10% dos sítios com sangramento à sondagem. Comparando-se o exame, após 12 meses de tratamento com o exame inicial, foi possível observar uma melhora da saúde periodontal de 50%, reestabelecimento da saúde e do bem estar e satisfação em relação ao tratamento, relatada pelo próprio paciente. Após a verificação da recuperação da saúde bucal foi iniciado o planejamento de abordagem estética com facetas em resina composta nos dentes anteriores.

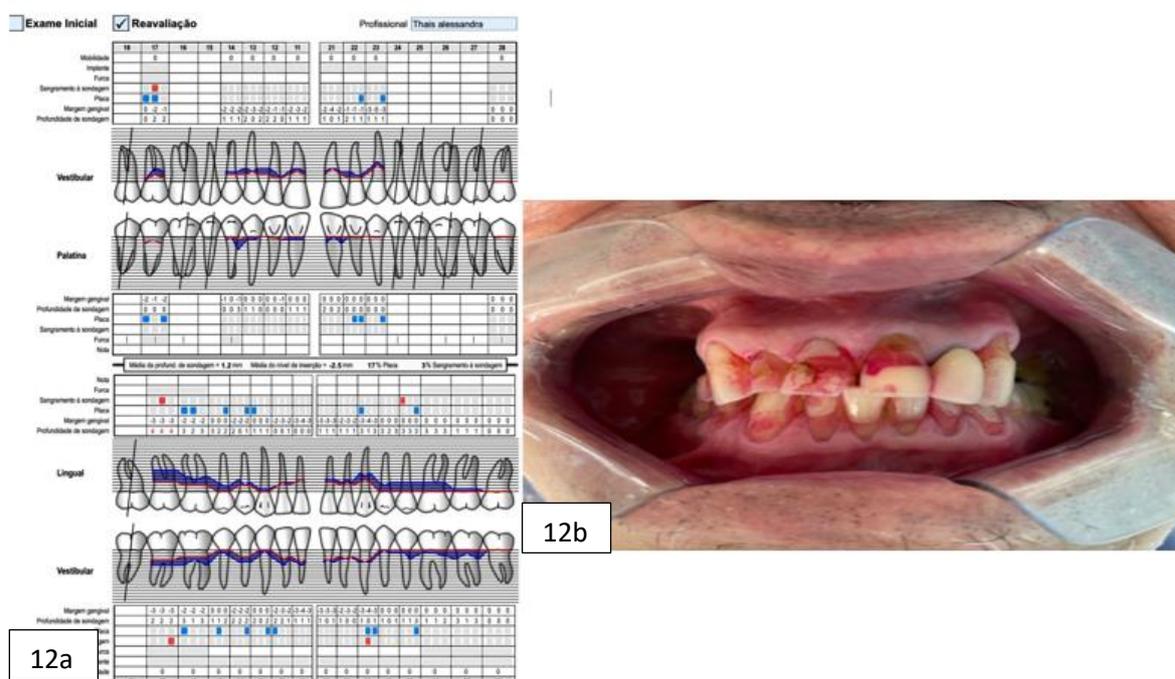


Figura 12-a: Superfícies dentárias coradas com evidenciador de biofilme dental após 12 mês do início do tratamento; b: Periograma após 12 mês do início do tratamento

Para a confecção das facetas nos dentes anteriores foi utilizado fio retrator 000 (Utrapak®) para melhorar o término subgengival do isolamento absoluto feito com lençol borracha (Madeitex®) e amarilhas (Figura 13a e b). Uma técnica minimamente invasiva para faceta direta em resina composta foi realizada e utilizada resina composta micro híbrida cor A3,5 dentina (Opallis®) para base e EA 3,5 esmalte (Opallis) para estética e lisura da superfície. Após as restaurações nos dentes anteriores, foi efetuado reparo da prótese fixa do elemento 22 com as

mesmas resinas compostas utilizadas na confecção das facetas (Figura 13b) para melhor harmonia na cor, uma vez que o paciente não concordou com a troca da mesma.

Após o término das restaurações e do reparo da prótese fixa unitária foi realizado polimento com Kit de acabamento para resina (American Burrs®).

Com a conclusão do tratamento restaurador, foi possível observar a melhora na harmonia do sorriso e da estética do paciente além da devolução da função mastigatória, aspectos apontados pelo paciente, que contribuíram para a melhora de sua qualidade de vida e vida social (Figura 14a e b)



Figura 13a: utilização de fio retrator nos elementos anteriores.b: isolamento absoluto com amarrias e preparo elemento 22



Figura 14-a: Aspecto final paciente; b: Harmonia final do sorriso do paciente.

Esse tratamento foi iniciado na data de 08/08/2019, com acompanhamento de 24 meses, mostrando-se eficiente e bem sucedido na recuperação e promoção de saúde, por meio do restabelecimento da função mastigatória e estética do paciente.

3. DISCUSSÃO

Em virtude dos avanços da tecnologia e dos cuidados nas áreas da saúde, a qualidade de vida dos indivíduos melhorou consideravelmente, com o passar dos anos. Assim, as pessoas passaram a viver mais e a população idosa tornou-se mais numerosa; mas ainda se tem uma dificuldade no acesso aos cuidados preventivos e de manutenção de saúde dessa população.⁶

Vaccarezza et al em 2010, conduziram um estudo observacional transversal, com 91 pacientes idosos, na faixa etária entre 60-90 anos de ambos os sexos, aplicando os questionários Oral Health Impact Profile (OHIP) e de autoavaliação de saúde bucal e exames clínicos odontológicos. Os autores observaram que a perda dentária ou o uso de próteses inadequadas tiveram impactos negativos na qualidade de vida dos pacientes, especialmente no que se referia à preocupação e estresse decorrentes de problemas na boca e à vergonha causada por eles.⁶

Quanto aos indicadores de saúde bucal, dados na literatura que mostram uma parcela da população adulta sofre destruição periodontal avançada, sendo então a idade não um fator de risco para a periodontite, mas sim um fator predisponente, portanto, é plausível a afirmação de que a idade produz alguma perda de inserção periodontal.⁷ Por isso, deve-se fomentar a promoção e prevenção da doença, com igual ou maior intensidade nos paciente idosos sempre realizando a orientação de higiene bucal e acompanhamento periodontal, fato que leva ao sucesso do tratamento, recuperação e manutenção da saúde e do bem estar desses pacientes. Além da doença periodontal, Silva et al (2017), apontaram através de uma revisão de literatura, quais são as principais afecções bucais que mais acometem os pacientes da terceira idade como o edentulismo, a cárie dentária, a xerostomia (redução do fluxo salivar), redução da capacidade gustativa e lesões na mucosa oral.⁸

A preservação e a recuperação da função mastigatória representam um dos principais objetivos de um tratamento odontológico reabilitador, já que a capacidade mastigatória alterada impossibilita ou modifica as atividades de alimentação, o uso da prótese dentária aumenta a capacidade de mastigação, peso corporal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal e estética. A prótese permite a esperança de recuperação de uma aparência desejável, um belo sorriso pode mostrar simpatia, alegria e autoconfiança a reabilitação do idoso não só como a reposição dos

dentados mas que proporcione estética, função e conforto à eles, proporcionando a eles autoestima, qualidade de vida visando a prevenção de doenças.⁵

A reabilitação bucal com a substituição de pacientes edêntulos é uma etapa importante para a recuperação da saúde do e bem estar do paciente idoso, uma vez que devolve a função mastigatória, estética e autoestima para o mesmo. Uma revisão de literatura realizada em 2019 apontou que a reabilitação protética com qualquer tipo de PPR tem se mostrado como uma importante ferramenta para aumentar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes.⁹

Neste presente relato de caso que o paciente optou pela realização de uma PPR como forma de reabilitação dos dentes ausentes. As PPRs apresentam grande importância nas reabilitações bucais por apresentarem algumas vantagens em relação a outros recursos reabilitadores como próteses sobre implantes, como a relação custo/benefício, mínimo desgaste da estrutura dentária, fácil manutenção quando comparada a outros tipos de próteses, além do menor tempo para a sua realização, quando comparado com outros tipos de próteses, como as fixas.¹⁰

Dessa forma, o cirurgião-dentista deve considerar na reabilitação protética as condições bucais e sistêmicas de cada paciente, aliando-as com suas expectativas e seus desejos. Com isso, será possível devolver a estética e função, além de favorecer a satisfação e qualidade de vida do indivíduo reabilitado com PPR

Após as etapas de recuperação e promoção de saúde e finalizando o tratamento com a reabilitação bucal através da confecção das próteses dentárias e restaurações estéticas foi possível além de devolver a saúde bucal do paciente melhorar também a sua qualidade de vida através da devolução da função mastigatória satisfatória e de um sorriso harmônico, favorecendo sua autoestima. Isso também foi apontado no ensaio clínico randomizado de Mendez e Gomes (2013), que avaliaram quarenta e cinco pacientes submetidos à exames clínico odontológico e periodontal e à entrevista utilizando-se o instrumento OHIP, onde foi possível observar que a percepção de qualidade de vida melhora após o tratamento periodontal (gengivite).¹¹

Visto isso, cabe ao cirurgião dentista identificar e analisar questões específicas da condição de saúde bucal do paciente idoso, estabelecendo no plano de tratamento a inclusão de ações preventivas como orientações de higiene bucal e ações educativas que atinjam de forma efetiva esse público incluindo quando necessário, a participação dos familiares e/ou cuidadores no processo de atenção à saúde do idoso.⁶

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no relato de caso apresentado e nos achados da literatura, concluiu-se que o tratamento proposto foi efetivo na recuperação e promoção da saúde bucal do paciente, além da devolução da função mastigatória, equilíbrio de oclusão, estética, satisfação do bem estar social e autoestima, por meio de procedimentos reabilitadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins AMEBL, Jones KM, Souza JGS, Pordeus IA. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014;19(8):3461-3478.
2. Teixeira MFN, Martins AB, Celeste RK, Hugo FN, Hilgert JB. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. *Rev bras epidemiol.* 2015;18(1):220-233.
3. Baker MH, Vissink A, Spoonenberg SLW, Jager-Wittenaar H, Wynia K, Visser A. Are Edentulousness, Oral Health Problems and Poor Health-Related Quality of Life Associated with Malnutrition in Community-Dwelling Elderly (Aged 75 Years and Over)? A Cross-Sectional Study. *Nutrients.* 2018; 10: 1-12.
4. Albeny AL, Santos SBF. Doenças Bucais que mais acometem o paciente na terceira idade: Uma revisão de Literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 2018;12(42): 681-694.
5. Lopes ENR, Silva GR, Resende CCD, Dietrich E, Costa MDMA, Dietrich L. Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatrics. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(1): 1-8.
6. Vaccarezza GF, Fuga RL, Ferreira SRP. Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. *Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo.* 2010; 22(2): 134-137.
7. Brown LJ, Brunelle. JA, Kingman A. Periodontal status in the United States. 1988-91: Prevalence, extent, and demographic variation. *JDR.* 1996; 75: 672-683
8. Silva HPR, Koppe B, Brew MC, Sória GS, Bavaresco CS. Abordagem das afecções bucais mais prevalentes em idosos: uma revisão integrativa com foco na atenção primária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20(3): 432-443.
9. Sugio CYC, Gomes ACG, Maciel JG, Procópio ALF, Neppelenbroek KH. Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. *Rev Odontol Arac.* 2019; 40(2):15-21.

-
10. Neto AF, Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontol. Clín.-Cient.* 2011; 10 (2): 125-128.
 11. Mendez M, Gomes SC. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal: perspectivas para a periodontia. *Periodontia.* 2013; 23(4): 38-44.