

Interações entre a medicina e a odontologia no tratamento do paciente geriátrico - Parte II

Carlos Eduardo Manetta

Prof. Adjunto UNIP/SP
Mestre em Prótese Dentária

Fernando Luiz Brunetti Montenegro (fbrunetti@terra.com.br)

Mestre e Doutor pela F.O. USP
Coordenador dos Cursos de Especialização em Odontogeriatría da ABENO/ABO-SP/MOZARTEUM
Atualização em Gerontologia pela Faculdade de Medicina da USP
Membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)
Consultor em Odontogeriatría da Medcenter Solutions e do Site de Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas/SP

Pesquisador/Mentor no Site Portal do Envelhecimento da PUC/SP

Ministrador de Cursos de Atualização em Odontogeriatría na ABO/SP,APCD -Guarulhos e Indaiatuba,CEQUO e ABENO/SP
Especialista em Prótese e Periodontia
Membro do Grupo de Pesquisa em Odontogeriatría pelo CNPq
Co-Autor do livro pioneiro: Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico, Editora Artes Médicas, 2002

Ruy Fonseca Brunetti

Doutor pela Faculdade de Medicina da USP
Professor Emérito da UNESP
Consultor em Odontogeriatría
Co-autor do livro pioneiro: "Odontogeriatría: Noções de Interesse Clínico"
Ex- Diretor da EAP, da APCD Central
Criador do Centro de Oclusão e ATM da F.O. São José dos Campos

Nesta série de artigos publicados em *Atualidades em Geriatria*^(2,3,10,12,14), os autores têm procurado abordar inúmeros aspectos relevantes no tratamento do paciente geriátrico, tanto pelo lado médico como pelo odontológico, já que a integração e cooperação entre estas duas classes profissionais é muito relevante e imprescindível quando se busca um atendimento dito ideal e possível, dado as condições clínicas diversas que afetam estes pacientes. A parte II nesta sequência final de matérias, trata de algumas situações sistêmicas que alteram a normalidade de um tratamento, como o são em pacientes que sofreram medidas de contenção e/ou extirpações de neoplasias, que possuam doença de Alzheimer, osteoporose, diabetes, dores orofaciais e artrites com repercussões na cavidade bucal, para que ambos os profissionais possam contornar as dificuldades apresentadas pelos pacientes geriátricos.

Como publicado na Revista Atualidades em Geriatria(Soriak),v.3,n.20,p.5-13,Dez. 1998

PARTE II

Introdução

Não se deve esquecer que as doenças aqui citadas constituem-se apenas nas que mais comumente afetam as pessoas de 3ª idade, mas as possibilidades de afecções podem chegar a mais de 150 variações sem contar as diversas interações entre doenças, que tornam quase impossível de serem estudadas de modo específico, já que as pessoas idosas, especialmente as institucionalizadas, em geral possuem combinações peculiares de doenças, tornando o grau de conhecimento de um profissional que as assiste o mais abrangente e profundo para a maioria das afecções mais comuns de ocorrerem, sem deixar de ter em mente que muitas ainda devam fazer parte de seu cabedal de conhecimentos.

As pessoas da 3ª idade podem nos ensinar bastante sobre o envelhecimento

Quando falamos de mais de uma centena e meia de possíveis doenças, não se pode omitir o papel importante e complexo dos aspectos psicológicos envolvidos (e o modo como a pessoa encara a vida), bem como dos aspectos nutricionais interferentes na condição física e mental dos indivíduos, sem contar a particularidade de cada idoso em relação à sua família e/ou instituição/hospital onde está internado/repousando (MONTENEGRO & colab., 1998)⁽¹⁴⁾.

Tudo isto acaba por criar estados patológicos combinados e de difícil enquadramento na realidade pura e simples dos livros-texto/artigos, tornando a máxima de que "cada caso é um caso" um fato dentro do dia-a-dia de trabalho com pessoas idosas, desde as saudáveis até as muito comprometidas, física e mentalmente.

Além disso, conforme um consenso da maioria dos autores consultados por BRUNETTI & colab. (1998)^(2,3) o profissional que pretende atender os idosos deve ter a capacidade de "extrair" a verdade sobre as medicações ingeridas pelos pacientes, pois como salientaram estes autores em artigo anterior⁽¹⁴⁾, é muito comum a automedicação nestes indivíduos. Mas infelizmente também é tanto ou mais comum até o fato destes pacientes ocultarem estas informações em uma anamnese superficial e/ou feita por terceiros, bem como em fichas preenchidas por eles próprios em pranchetas em salas de espera de nossos consultórios; assim, toda anamnese prévia deve ser cuidadosamente conferida pelo profissional antes de iniciar/propor qualquer tratamento e cada nova informação obtida com este enfoque investigativo deve ser imediatamente compartilhada com os demais profissionais envolvidos no atendimento daquele paciente.

É bem conhecida a complexidade das interações entre os fármacos que são ingeridos (muitas até causadoras de algumas das complicações apresentadas pelos pacientes - já que as bulas mostram que não há medicamento sem efeitos colaterais, contra-indicações e interações com outros) e com certeza os cirurgiões-dentistas conhecem muitas que podem ocorrer, mas igualmente certo é que não há, apenas com os conhecimentos obtidos nos bancos universitários, uma fórmula para cuidar dos pacientes idosos como um todo sem um vasto estudo complementar com a leitura de livros específicos (muitos citados nas referências desta sequência de artigos) e a integração entre profissionais da medicina e odontologia (somado ao pessoal auxiliar: enfermagem, fisioterapia, psicólogos/psiquiatras, etc.) com o objetivo de obter o maior sucesso possível em todas as esferas de envolvimento do caso clínico em atendimento⁽¹⁴⁾.

Em muitas conversas com diversos médicos clínicos, os autores deste trabalho têm percebido que o indivíduo idoso é aquele que, em geral, possui os mais amplos "conhecimentos" (ainda que sem uma base científica definida e válida) sobre fármacos do que em outras faixas etárias e exatamente por isso é o mais suscetível de se interessar por "um novo lançamento das indústrias farmacêuticas" com a "esperança" (mais dada pelos gerentes de produto e *marketing*) de ver seu "mal finalmente resolvido". Tudo isso, somado às conversas sobre doenças/fármacos serem mais comuns entre idosos, também acaba por torná-lo, na média de população, muito propenso a ingerir um grande número de medicamentos. Cabe aos médicos geriatras e/ou clínicos, de uma forma sistemática e eficiente, procurar diminuir, adequando às reais necessidades de cada caso, o número de fármacos ingeridos pelos pacientes da 3ª idade, especialmente pelo grande número de efeitos colaterais – no nível bucal e sistêmico⁽¹²⁾.

No tratamento do paciente idoso, o papel dos familiares assume importância crítica

Diabetes

Enfoque Médico

Segundo CARLSON (1997)⁽⁴⁾, o diabetes mellitus é uma doença comum que afeta cerca de 9,3% das pessoas de 65 anos ou mais. Com o diabetes mal controlado, não ocorre apenas um aumento nos níveis de glicose no sangue, mas também o nível salivar da glicose fica elevado. É a "síndrome" dos 3 "P": polifagia, polidipsia e poliúria ou seja, excessiva fome, sede e micção. A aplicação regular de insulina, a instituição e a aplicação imediata de uma dieta específica são fundamentais, bem como a estrita cooperação do paciente, seus familiares e pessoal auxiliar, já que em uma crise, sem atendimento médico de urgência adequado, o paciente pode chegar a óbito ou sérios danos corpóreos, como retinopatia diabética, doença aterosclerótica cardiovascular ou problemas renais, dentre outros. Cabe ao médico estar em contato com o dentista para planejar as intervenções mais sérias deste, especialmente aquelas que dificultam/proíbem a mastigação/alimentação adequadas, pequeno detalhe de graves conseqüências clínicas.

SAUNDERS(1997)⁽¹⁹⁾ afirma que quase 20% das pessoas acima de 65 anos apresentam sintomas que as caracterizam como portadoras de diabetes não dependentes de insulina. Nestes casos, o tratamento inicial envolve dieta e exercícios físicos, que uma vez não obtendo os níveis de glicose esperados, podem obrigar ao uso de agentes hipoglicêmicos.

Enfoque Odontológico

Em geral, os pacientes diabéticos têm uma alta prevalência de problemas odontológicos, perceptíveis à partir de uma candidíase, secura bucal inexplicável, cáries múltiplas e doença periodontal que não cede a terapias convencionais. Estes dois últimos pontos geralmente ocorrem por um aumento nos níveis de glicose na saliva, que também leva a doenças de mucosa (e/ou tecidos moles).

Na observação destas características (ainda que comuns a outras enfermidades e/ou decorrentes da interação entre fármacos), o cirurgião-dentista deve procurar contato imediato com o clínico geral/endocrinologista/geriatra do paciente, para poder planejar suas futuras intervenções em relação às possibilidades do paciente diabético⁽¹⁷⁾.

Para PAUNOVICH & SADOWSKY (1997)⁽¹⁷⁾, nos pacientes mal-controlados, procedimentos dentais eletivos devem ser postergados por conta dos níveis de glicose elevados no sangue que podem causar um fechamento da ferida retardado bem como uma incapacidade de resistir à infecção. Os procedimentos e consultas devem ser planejadas junto com o médico, de modo a que o paciente não perca refeições (que poderia causar hipoglicemia) ou tenha proibições na ingestão de alimentos e que ambos possam combinar modificações nas medicações. Parece ser um consenso, entre diversos autores, que se faça uma cobertura antibiótica nos pacientes diabéticos em casos de infecções orais claras, extrações e antes de cirurgias orais de qualquer intensidade.

Também como profissionais da área de saúde, é muito importante obter a cooperação dos familiares e pessoal auxiliar no correto cumprimento das dietas e medicações propostas pelo médico, já que o cirurgião dentista é diretamente afetado por qualquer descontrole dos níveis de glicose do paciente diabético⁽⁹⁾.

ERICKSON (1997)⁽⁵⁾ discorre sobre a doença periodontal, e afirma que alguns trabalhos consideram o diabetes como fator de risco, já que um controle metabólico alterado pode facilitar o acúmulo de cálculo, desencadeador do início do problema gengival/periodontal. A perda óssea nos casos de diabetes tipo I é geralmente maior que nos indivíduos de tipo II, se bem que este assunto

ainda seja muito controverso, apesar do aumento da glicose na saliva, associado à diminuição do fluxo salivar, ser capaz de auxiliar em um comprometimento periodontal mais rápido.

Câncer

Enfoque Médico

É realmente desproporcional o modo como o câncer afeta os idosos quando comparados às demais faixas etárias. Felizmente, muitas das malignidades que ocorrem entre o grupo etário mais velho, como o câncer de seio e próstata, que têm um curso mais indolente, podem ser tratados sem os tratamentos radicais necessários para eliminar a doença em faixas etárias mais jovens. A excisão local e a terapia por radiação combinadas com manipulação hormonal pode controlar a evolução da doença com sucesso⁽⁷⁾.

Já para CARLSON (1997)⁽⁴⁾ com o câncer oral o fato é diferente. Nos E.U.A., aproximadamente 30.000 pessoas desenvolvem o câncer oral cada ano e o número de mortes excede 8.000 anualmente. A média de anos de vida perdidos por câncer oral é 16, que representa um ano mais que todos os outros cânceres. Somente 50% dos pacientes diagnosticados com câncer oral estão vivos 5 anos após terem recebido este diagnóstico. A proporção para câncer oral é de 3 homens: 1 mulher. Os indivíduos de origem africana têm uma incidência um pouco maior que as pessoas caucasianas. O câncer oral é considerado como um dos mais preveníveis, já que 75% são casos são atribuídos ao uso do fumo, seja ativa ou passivamente⁽⁷⁾.

Se o astronauta John Glenn tem a saúde necessária para voltar ao espaço 36 anos depois, por que considerar o idoso como um ser limitado?

O uso concomitante de fumo e álcool aumenta o risco de câncer oral muito mais vezes que apenas um deles em particular. Um terço dos cânceres orais ocorrem na língua e mais de $\frac{3}{4}$ destes cânceres são detectáveis por exame ou palpação. A maioria das malignidades orais são carcinomas de células escamosas. A excisão cirúrgica, usando margens largas para reduzir a recorrência, permanece o tratamento de escolha, mas pode ser associado com uma desfiguração e/ou impedimento significativo. A terapia por radiação é freqüentemente indicada, mas é a causa principal de xerostomia, osteonecrose e mucosites⁽¹⁸⁾.

Considerações Odontológicas

Segundo LA ROCCA & JAHNIGEN (1997)⁽¹¹⁾, os pacientes geriátricos com câncer e aqueles submetidos à terapia de câncer têm um risco aumentado para problemas orais. É estimado que 40% dos pacientes que recebem tratamento intensivo de câncer sofrem de complicações orais, já que muitos estão mal-nutridos, o que afeta a cicatrização e diminui a resistência a infecções, que com certeza é esperado em pacientes caquéticos ou com grande perda de peso.

Mesmo uma baixa dose de 200 rads de radiação na cabeça e pescoço tem mostrado efeito de uma diminuição do fluxo salivar. Também muitos dos agentes quimioterápicos levam à boca seca e ambos acabam agindo como imunossupressores, levando os pacientes para um alto risco de dano patológico nos tecidos moles⁽¹⁸⁾.

Idealmente, dentistas e médicos devem coordenar o tratamento odontológico prévio à radioterapia/quimioterapia, aproveitando uma condição bucal favorável, antes de ocorrerem os problemas bucais citados nos parágrafos anteriores e havendo urgência de iniciar estas terapias, deve-se até optar por internação hospitalar para uma rápida realização das muitas tarefas odontológicas exigidas no caso, ponderando os perigos envolvidos na aplicação de anestesia geral. Estes atos devem criar condição bucal adequada, com boa escovação e controle de placa e dieta, somada a medidas preventivas extensivas à família e pessoal auxiliar.

PEREZ & BRADY (1998)⁽¹⁸⁾ afirmam que dentes muito cariados devem ser extraídos previamente às terapias, mas os sadios devem ser mantidos, associados a medidas preventivas bastante eficientes, chave do sucesso bucal pós-terapia, lembrando que a cárie dental – não tratada e bastante profunda – será sempre uma rota de infecção que pode levar a uma necrose no maxilar ou na mandíbula.

Todo este cuidado preventivo pré e pós-terapias se reveste da maior importância já que a possibilidade de leucopenia, estados anêmicos e propensão a infecções são fatos críticos a ser considerados. A simples indicação de antibióticos, em um organismo tão abatido pela doença, pode levar a repercussões gastrointestinais muito mais sérias que nos demais pacientes, realçando o papel do intercâmbio entre os profissionais que assistem ao paciente.

Outro problema decorrente da radioterapia é, segundo FISCHMAN (1983)⁽⁷⁾, o aparecimento de osteorradionecrose, especialmente na mandíbula, com destaque para os pacientes dentados (pelos conhecimentos daquela época) e menor incidência para os desdentados, o que levou muitos oncologistas a propor a avulsão de todos os dentes antes de iniciar a radioterapia. Autores mais atuais, como PEREZ & BRADY (1998)⁽¹⁸⁾ felizmente (à luz da ciência da psicologia – mutilação física e psicológica "sem dentes e com câncer") este enfoque radical não é mais realizado (somente para dentes comprometidos ou com focos reais de infecção).

Osteoporose

Considerações Médicas

A osteoporose é uma doença crônica que remove a integridade estrutural do osso e assim aumenta o risco de fraturas em situações diárias de pequenos ou mesmo inexistentes impactos. Nos EUA ela leva a 1,5 milhão de fraturas/ano, e tem um risco de ocorrer em quase 10% da população.

A prevenção da perda óssea é um dos aspectos mais importantes da terapia de osteoporose e, uma vez ocorrida, é muito difícil retornar ao volume original. Infelizmente, a maioria das mulheres de 45 a 75 anos de idade nunca falam com seus médicos sobre a osteoporose pós-menopausa, que é onde ocorre uma condição de deficiência do estrogênio, que é bastante comum de acontecer, conforme afirma KAMEN (1997)⁽⁹⁾.

A sociedade tem preparado as crianças e adolescentes para serem adultos eficientes, mas com certeza não os ensina e não prepara estes para serem idosos felizes

Na literatura, basicamente, existem 2 tipos:

- a do tipo I primária, é aquela pós-menopausa e que leva à intensa reabsorção óssea;
- a do tipo II primária caracteriza-se por uma menor formação óssea.

Já a osteoporose secundária, ocorre tanto como uma doença como em função do uso de muitos fármacos, como por exemplo aqueles indicados para a rejeição de órgãos transplantados, se bem que a maioria das terapias aprovadas são para aquelas do tipo I-primária. Dentre as mais recentes, existe a reposição hormonal, mas esta afeta a saúde oral, especialmente os tecidos moles, sendo que ainda menos se conhece sobre os efeitos dos bifosfonatados na perda óssea alveolar na cavidade bucal⁽⁹⁾.

Enfoque Odontológico

Já para LaROCCA & JAHNIGEN (1997)⁽¹¹⁾ a osteoporose é classificada como uma doença metabólica comum entre mulheres acima dos 50 anos de idade. Afirmam que estudos de densitometria mostraram que uma diminuição na densidade óssea da mandíbula está associada a um decréscimo de massa óssea esquelética em pacientes com osteoporose. Como os métodos de reabsorção óssea são comuns à periodontite e à osteoporose, tem sido constante as tentativas de demonstrar uma associação entre estas duas doenças.

Alguns trabalhos têm mostrado uma perda de inserção periodontal em pacientes com osteoporose, embora seus métodos e resultados vêm sendo questionados e se chega à conclusão consensual que são necessárias mais pesquisas dirigidas em contrapartida (ou para dar sustentação científica a esta hipótese).

O Índice Panorâmico Mandibular (PMI, em inglês), baseado em uma técnica radiomórfica serviria, segundo CARLSON (1997)⁽⁴⁾, como uma tentativa de estabelecer uma comparação entre a perda óssea cortical na mandíbula de pessoas com e sem osteoporose pós-menopausa.

Procurando um modo de criar uma integração entre médicos e dentistas, pode-se aconselhar a mulheres que estejam nos períodos de pós-menopausa um consumo diário mínimo de 1.500 unidades de cálcio para reduzir o alto risco de osteoporose nos anos subseqüentes.

Entretanto, a correlação efetiva entre osteoporose e doença periodontal ainda necessita de estudos mais aprofundados em ambas as áreas, já que é grande o número de fatores externos que podem estar contribuindo para as duas condições: deficiência nutricional, perda de cálcio, problemas oclusais, dificuldades motoras para remoção de placa bacteriana, dieta mais favorável para bactérias bucais, retração fisiológica do complexo periodontal de suporte, interações medicamentosas são alguns dos pontos que devem ser considerados como excluídos nos grupos a serem criados para avaliação desta possível correlação, que criaria, caso confirmada, novos rumos no tratamento e prevenção de ocorrência destas duas importantes afecções^(4,11,9).

Doença de Alzheimer

Enfoque Médico

A doença de Alzheimer, citada primeiramente pelo patologista alemão Alzheimer em 1907, é uma desordem progressiva do Sistema Nervoso Central, que após uns anos, essencialmente rouba as maiores características diferenciais da raça humana: a capacidade de pensar, responder e amar.

Ela se manteve razoavelmente "esquecida" até o meio da década de 70, quando a comunidade médica e a opinião pública levaram à criação do Instituto Nacional do Idoso e da Associação da Doença de Alzheimer com a cooperação de renomados neurocientistas dos EUA⁽⁸⁾.

A prevalência da doença aumenta com a idade e segundo EVANS e colab. (1989)⁽⁶⁾, cerca de 10,3% das pessoas acima de 65 anos possuem condições de serem classificadas como possíveis portadoras de Alzheimer, chegando a 47,2% por volta dos 85 anos ou mais e começa com simples sinais de esquecimento, memória associada à idade, e impedimento cognitivo suave.

Afeta uma média de 4 milhões de pessoas nos EUA onde existem cerca de 30 drogas em desenvolvimento para o tratamento mais efetivo desta doença sem etiologia conhecida. O diagnóstico precoce, associado a um desenvolvimento lento da doença, permite que a família procure se adaptar às mudanças que estão por vir⁽⁸⁾.

Considerações Odontológicas

Para os dentistas acostumados a estes pacientes, o que observam é uma higiene oral ruim, uma prevalência aumentada da doença periodontal, xerostomia, possibilidade ou início de cáries rampantes em muitos dentes, e um verdadeiro descaso com os aspectos bucais do paciente (pelos outros sérios comprometimentos no nível corpóreo).

O rompimento com estereótipos e o preparo para poder atender corretamente estes pacientes (e famílias), cujo número aumenta a cada ano (devido ao prolongamento da expectativa de vida no mundo), deve ser do interesse de todos os profissionais de saúde envolvidos, conforme HENRY & WEKSTEIN (1997)⁽⁶⁾, que também salientam a importância do uso de anestésicos sem vasoconstritor em função das drogas que usam os pacientes com desempenho cognitivo diminuído.

A receita de John Glenn, 77 anos, astronauta: ter dieta balanceada, não beber, não fumar, caminhar 3 km por dia, evitar o estresse ao máximo e ser ativo mental e emocionalmente.

É importante salientar que somente nos níveis mais altos de deterioração nervosa é que o paciente se torna muito difícil de tratar no nível odontológico, onde a indicação de sedação intravenosa e/ou anestesia geral se torna necessária, usando ambientes hospitalares para esta finalidade.

A exemplo das demais doenças que causam impedimento motor, os familiares e o pessoal auxiliar (enfermagem, fisioterapia, outros) devem ser treinados para um desempenho melhorado de higiene bucal, recebendo ensinamentos sobre escovação, suportes para fio dental, escovas elétricas, jatos intermitentes de água e as vitais escovas interdentais. Também instruções sobre dieta não cariogênica e uso de flúor extra (pastas, bochechos, géis) são meios de fazer frente ao aumento, já citado antes, das possibilidades de cáries e problemas gengivais nos pacientes com Alzheimer. Tais ensinamentos devem se estender também às próteses totais e removíveis que por serem, nestas condições do paciente, grandes focos de acúmulo de alimentos, devem ser retiradas idealmente durante a noite, e os rebordos limpos com cautela antes e depois do sono. Pacientes com implantes osseointegrados devem ter no pessoal auxiliar um apoio imprescindível no sucesso de seus trabalhos, onde, em condições normais, o controle da dieta e limpeza já era um ponto primordial para o bom desempenho/durabilidade dos casos^(6,8,14).

Se o paciente está tomando medicação ansiolítica, deve-se marcar a consulta para quando a droga consiga seu máximo potencial terapêutico (daí o contato íntimo do cirurgião-dentista com o[s] médico[s] do paciente). Também alterações de dosagem devem ser discutidas com todos os profissionais envolvidos⁽⁸⁾.

Artrite

Considerações Médicas

A artrite, seja a osteoartrite ou a reumatóide, é uma inflamação que sempre evolui e diminui a mobilidade dos pacientes, obrigando-os, com o passar dos anos, a ingerir quantidades maiores de analgésicos/antiinflamatórios/outros tipos de fármacos para amenizar a dor e a tumefação das articulações afetadas. Cerca de 50% dos americanos acima de 65 anos têm alguma manifestação artrítica.

Isto acaba por gerar um desconforto músculo-esquelético que impede uma vida e trabalho adequados e os fármacos, em quantidades e tipos cada vez maiores, com certeza têm seus efeitos bucais mais e mais aparentes que, segundo PAUNOVICH & SADOWSKY (1997)⁽¹⁷⁾, seriam boca seca, úlceras, estomatites associados à hemorragia gastrointestinal, dispepsia, dor abdominal e/ou náuseas em função do tempo e aumento constante das dosagens.

A colaboração entre médicos e dentistas deve ser efetiva nestes casos, pois medicações normalmente prescritas em artrites podem causar hemorragia excessiva na boca (aspirina e antiinflamatórios não-esteroidais), cicatrização de feridas alterada e capacidade de resistir a infecções (corticosteróides); por isso, ambos devem decidir sobre as medicações a serem diminuídas/alteradas durante as consultas que o dentista necessitará durante o caso.

Também muitos casos de artrites são resolvidos pela colocação de próteses nas articulações afetadas, com a instauração de um programa de antibioticoterapia para evitar bacteremias na região operada, também na hora de realizarmos um tratamento dentário. LA ROCCA & JAHNIGEN (1997)⁽¹¹⁾ mostram uma lista de procedimentos odontológicos – a maioria deles bem comuns na prática diária – que podem induzir bacteremias, indicando a instituição de um programa de uso profilático de antibióticos em função do tratamento dentário.

Enfoque Odontológico

O maior problema da artrite, perante a odontologia, é a perda da habilidade manual necessária para desempenhar uma limpeza bucal completa eficientemente, por isso BREZINA (1997)⁽¹¹⁾ reforça a importância do ensino de medidas preventivas à família e ao pessoal auxiliar.

Outro problema, como já visto no último parágrafo da parte médica, é o risco de bacteremias passíveis de ocorrer desde a escovação, fio den tal, profilaxia, raspagem subgengival até as exodontias: a integração entre profissionais e a análise caso-a-caso é de vital importância, dadas as características de resistência à infecção dos pacientes medicados para artrites.

Também na cavidade bucal pode a artrite limitar a abertura bucal e criar uma mastigação desconfortável, que não estaria relacionada com problemas das ATM ou cefaléias, que iremos abordar posteriormente.

O tratamento odontológico deve ser desmembrado em diversas consultas, mas de pequena duração, para não sacrificar o paciente demasiadamente. O profissional deve conhecer técnicas de transferência de pacientes para sua cadeira e/ou atendimento em cadeira de rodas (com mudanças físicas em seu consultório) ou na casa dos pacientes, especialmente pelo dano à coluna cervical que pode ser causado por ele (e/ou pessoal auxiliar) em casos mais graves de comprometimentos artríticos^(6,11,17).



Fernando L. Brunetti

A profilaxia antibiótica, prévia aos procedimentos odontológicos, não pode ser usada como norma, pois estudos citados por LA ROCCA & JAHNIGEN (1997)⁽¹¹⁾, mostram que pacientes com alto risco de infecção pós-próteses articuladas, diabéticos, com artrite reumatóide, que tomam corticosteróides, que estão imunossuprimidos ou com uma história de artroplastias infeccionadas, devem ter um estudo detalhado de suas condições sistêmicas antes de partirem para uma terapia profilática.

O apoio de terapeutas ocupacionais pode ajudar na criação de condições físicas mais adequadas para uma higienização mais eficiente em pacientes atacados por artrite, bem como dispositivos de limpeza bucal específicos para a falta de coordenação motora apresentada pelo paciente^(2,14).



Ruy Fonseca Brunetti

Dores orofaciais/cefaléias/ATM

Segundo OKESON (1998)⁽¹⁵⁾, a cefaléia pode ser um sintoma de muitas das desordens que afetam o sistema mastigatório e é especialmente prevalente em pacientes com desordens da ATM. Ela é encontrável em 70 a 80% dos pacientes com desordens da ATM ("DCM"), enquanto ocorre em 20% do remanescente de população. Calcula-se que 5 a 10% da população dos EUA procurou ajuda médica para tratar cefaléias severas.

Ainda conforme este autor, os sintomas de DCM diminuem após os 65 anos e este dado é semelhante ao observado na clínica de odontologia. Nesta idade, a dor referida (por degeneração cervical, outras doenças sistêmicas) na ATM é muito mais comum de ocorrer e a incidência é geralmente maior nas mulheres. Daí a importância de ambos os profissionais (médicos e dentistas) dominarem os critérios de diagnóstico diferencial entre os 3 tópicos/título desta parte.

Já OLIVEIRA & BRUNETTI (1998)⁽¹⁶⁾ classificam estes pacientes como de necessidade de controle constante, pois qualquer fator que mude a estabilidade oclusal (dental) e funcional (do sistema mastigatório) obtida em tratamentos anteriores, pode voltar a desencadear uma dor orofacial. Deve-se promover a integração com fisioterapeutas por meio de aparelhagens/dispositivos ao invés do uso ou aumento do número de fármacos que podem ser bem deletérios aos já enfraquecidos organismos dos indivíduos de terceira idade. Reiteram estes autores a importância da integração entre profissionais com constante diálogo, para que chegue ao melhor diagnóstico possível para aquele paciente em comum: ambos têm responsabilidades, o ideal é trocarem experiências.

Mal de Parkinson

De acordo com MICHELOTTI (1998)⁽¹³⁾, é uma doença degenerativa e incurável, que causa tremor das mãos, lentidão de movimentos e rigidez em algumas situações. A dopamina, uma substância neurotransmissora cerebral deixa de ser produzida nos níveis adequados e a doença começa a se manifestar a partir dos 50 anos e atinge cerca de 1% da população acima de 65 anos.

A droga mais utilizada é a levodopa que causa, após longo prazo, movimentos involuntários e distúrbios psíquicos e atualmente está se estudando o apoio pela tocalpona (nome comercial: Tasmar), que diminui os efeitos colaterais da primeira, tornando-se um excelente complemento terapêutico.

O mal de Parkinson, a exemplo de outras doenças que causam deficiência motora, tem como característica o prejuízo na higiene oral, que pode acabar repercutindo em toda a cavidade bucal. Nas fases iniciais da doença, a pessoa ainda consegue manter a precisão e inclinação dos movimentos de escovação e até das escovas interdentais (já o uso da fita dental fica mais complicado pela necessidade de grande destreza manual); porém, com a evolução da mesma, os movimentos ficam incontroláveis e não há firmeza para segurar os dispositivos de limpeza bucal. Neste momento, a participação dos familiares e do pessoal auxiliar – com as devidas instruções sobre controle de placa e dieta – se faz necessária.



Carlos E. Manetta

Observações finais

Por fim, é válido salientar os pontos importantes abordados até esta última matéria: primeiramente foi feito o estudo das projeções estatísticas e da expectativa de vida, tanto nacionais (através do IBGE) como internacionais (ONU/*American Dental Association* e Alemanha) e pontuando a importância de se considerar a Odontogeriatrics – bem como o bom atendimento de saúde dos indivíduos idosos – como um fato consumado e cuja implementação se faz necessária no contexto universitário e social do país. Em que pese a ONU ter estabelecido dia e ano do Idoso, é preciso que os profissionais de saúde entendam a complexidade e responsabilidades comuns no atendimento deste crescente grupo de pacientes⁽²⁾.

Em seguida, foram colocadas as diversas funções do sistema mastigatório, especialmente no todo do Sistema Estomatognático, com destaque para o preparo adequado do bolo alimentar para o início do processo digestivo e todas as estruturas envolvidas neste processo que é primordial para a sobrevivência de uma pessoa idosa e que geralmente é relegado a um segundo plano perante temas mais técnicos das áreas envolvidas. Serve como uma referência bastante consistente para médicos e dentistas⁽³⁾.

O indivíduo idoso é uma grande vítima de problemas psicológicos, seja pelas experiências que teve em vida, como pelos danos psicológicos (reversíveis e irreversíveis) causados pelas inúmeras doenças que o afetam nos anos que mais deveria viver com dignidade e regozijo. Além de todos estes fatores, existem as injunções dos familiares, acompanhantes e pessoal auxiliar, que podem minar, e muito, o difícil caminho da recuperação do idoso, dentro de um prisma psicológico. Deve-se somar ainda os problemas decorrentes das barreiras criadas por puro e infundado estereótipo dos próprios profissionais envolvidos no atendimento direto aos pacientes⁽¹⁴⁾.

No quarto artigo da série foi abordado o problema bastante observável na clínica, da alteração gustativa dos pacientes idosos, seja por problemas físicos decorrentes da idade como por interação medicamentosa muito comum na 3ª idade, especialmente aquelas decorrentes da automedicação, fenômeno muito viável nesta faixa etária. A colaboração do Prof. Sidney Kina da Universidade de Maringá (PR) foi vital para a complementação deste tópico⁽¹⁰⁾.

Nossa preocupação entre o relacionamento estreito entre médicos e cirurgiões-dentistas (bem como outros profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes de terceira idade) levou a escrever estas duas últimas matérias, que procuraram sintetizar em apenas uma dezena, as quase 150 doenças que podem afetar as pessoas idosas. O primeiro abordou as doenças cerebrovasculares, bastante comuns no nosso meio e as cardiológicas, destacando a importância da hipertensão e da endocardite bacteriana, dentre outras afecções que tem no coração um ponto de partida ou término⁽¹²⁾.

Por tudo aqui exposto, corroboramos o atualmente notado na formação acadêmica e de pós-graduação em medicina e odontologia que é o tratamento do indivíduo como um todo, com uma integração entre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos, ou seja, o profissional é muito mais que um técnico específico de sua área: ele deve ver a pessoa da 3ª idade como um ser abrangente, uma soma de suas experiências de vida (e de doenças diferentes), alteradas por

diversos meios como trabalho e família, portanto, bastante complexo em sua aparente simplicidade.

A criação de um estereótipo para todos os idosos é uma falácia que os tempos modernos estão se incumbindo de procurar desmoronar e a identificação de um grupo heterogêneo de indivíduos é o que de mais correto podemos operacionalizar na nossa prática clínica; este falso enquadramento do idoso acaba por gerar uniformização nos procedimentos clínicos que nem de longe espelha a dificuldade e as particularidades ao se tratar esta faixa etária.

Em nossas muitas dificuldades ao ler os artigos e livros-texto, pudemos entender a importância e seriedade que o tratamento dos idosos tem e a profundidade dos conhecimentos técnicos (e psicossociais) vitais para um bom desempenho profissional, e só podemos alertar a necessidade premente de formarmos mais médicos especialistas em geriatria e começar esforços na criação de odontogeriatras, em cursos que devem ser longos e específicos. A colaboração de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, recursos humanos e até órgãos governamentais, pode ser a base de uma formação mais abrangente e adequada a esta enorme faixa de indivíduos que crescentemente nos procurarão nos próximos anos e durante o próximo século.

Agradecimentos

Ao Dr. CARLOS ROBERTO BRUNETTI MONTENEGRO, oncologista do Hospital Sírio Libanês (SP) pelo apoio didático no tópico sobre Envolvimentos no Tratamento de Pacientes com Câncer.

Bibliografia

1. BREZINA, A.J. Función, envejecimiento, salud bucal, *Rev. Assoc. Odontol. Arg.* v.85., n.5., p.473-476, Oct/Dez., 1997.
2. BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E. Odontologia geriátrica no Brasil: uma realidade para o novo século. *Atualid. Geriatria* v.3, n.15, p.26-29, Março 1998.
3. BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E. Funções do sistema mastigatório: sua importância no processo digestivo em geriatria. *Atualid. Geriatria* v.3, n.16, p.6-9, Abril 1998.
4. CARLSON, M.R. Interface between dentistry and medicine: a shared perspective, *J. Can. Dent. Assoc.* v.63, n.1, p.42-5, Jan.1997.
5. ERICKSON. L. Oral health promotion for older adults. *Dent. Clin. North Am.* V.41, n.4, p.727-750, October 1997.
6. EVANS, D.A. Prevalence of Alzheimer disease in a community of older adults, *J. Am. Med. Assoc.* v.262, n.6, p.2551, Dec.1989.
7. FISCHMAN, S.L. The patient with cancer. *Dent. Clin. North. Am.* V.27, n.2, p.235-246, April 1983.
8. HENRY, R.G.; WEKSTEIN, D.R. Providing dental care for patients with Alzheimer disease, *Dent. Clin. North. Am.* V.41, n.4, p.915- 942, October 1997.
9. KAMEN, P.R. Periodontal care, *Dent. Clin. North. Am.*, v.41, n.4, p.751-762, October 1997.

10. KINA, S.,BRUNETTI, R.F.,BELOTI, A. Alteração da sensibilidade gustativa no paciente idoso. *Atual. Geriatria*, v.3, n.18, p.20-22, Agosto 1998.
11. La ROCCA, C.D.; JAHNIGEN, D.W. Medical history and risk assessment, *Dent. Clin. North Am.* V.41, n.4, p.669-79, Oct.1997.
12. MANETTA, C.E.; BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Interações entre a medicina e a odontologia: parte I, *Atualid. Geriatria*, v.3, n.19, p.27-32, Novembro 1998.
13. MICHELOTTI, G. Um reforço contra o mal de Parkinson, *Rev. Folha*, v.7, n.331, p.25, Agosto 1998.
14. MONTENEGRO, F.L.B.; MANETTA, C.E.; BRUNETTI, R.F. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriatrico, *Atualid. Geriatria*. v.3, n.17, p.6-10, Junho 1998.
15. OKESON, J.P. *Dor orofacial: avaliação, diagnóstico e tratamento*. 1ed., São Paulo, Quintess. Edit, p.1-27, 1998.
16. OLIVEIRA, W.; BRUNETTI, R.F. Aspectos de relevância clínica das disfunções craniomandibulares, *Atualid. Ortopedia e Traumatologia*, v.4, n.18, p.7-10, Novembro 1998.
17. PAUNOVICH, E.D.; SADOWSKY, J.M. The most frequently used medications in the elderly. *Dent. Clin. North Am.* V.41, n.4, p.699-726, October 1997.
18. PEREZ, C.; BRADY, L. *Principles and practice of radiation oncology*, 3a Ed, Philadelphia, Lippicoot edit., p.929,985, 1043-4, 2247-8, 1998.
19. SAUDERS, M.J. Nutrition and oral health in the elderly. *Dent. Clin. North Am.* V.41, n.4, p.681-698, October 1997.