

MOTIVAÇÃO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DO IDOSO: UMA REFLEXÃO DA PESQUISA EM CONJUNTO COM A EXTENSÃO

LARISSA LACERDA DAL MOLIN¹; MANUELA DE QUADROS CRUZ²;
EDUARDO DICKIE DE CASTILHOS³

¹Universidade Federal de Pelotas - UFPel – larissa_ldm@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas - UFPel – manudqc@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas - UFPel – eduardo.dickie@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Brasil possui aproximadamente 13 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, sendo a população que mais cresce no país, representando 8% do total (Birman, 1991). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, a faixa etária de pessoas com sessenta anos ou mais, em 1960, era equivalente a 4,8% do total da população brasileira. Em 1980, esse número passou para 6,2% e em 1999 atingiu 8,7%. Mantendo essa tendência, a expectativa para 2025 é de que a proporção de idosos no país esteja em torno de 15%. Este acelerado processo de crescimento representa um dos maiores triunfos da humanidade e ao mesmo tempo um dos maiores desafios da nossa sociedade. (WHO, 2002)

Com o aumento da expectativa de vida e a melhoria nas condições de saúde bucal, espera-se um aumento no número de pessoas que atingirão a terceira idade com a manutenção de vários dentes, porém, a saúde bucal tem sido relegada ao esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa (Cimões et al., 2007).

Nos últimos cinquenta anos, a Odontologia dedicou seus estudos principalmente para prevenção e tratamento da cárie, em especial para crianças de até 12 anos (Parajara & Guzzo, 2000; Pinto, 2000). Os resultados deste investimento ainda não têm seus reflexos na população idosa, que está longe de atingir a meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano 2000, em que na faixa etária de 65-74 anos, na qual 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos vinte dentes em condições funcionais (FDI, 1982).

É difícil estimar a futura situação de saúde bucal e as necessidades de tratamento da próxima geração de idosos através dos dados epidemiológicos da população idosa de hoje, pelo fato de existirem mudanças significativas, principalmente devido ao contato com o flúor, pelo uso de dentifrícios e água de abastecimento público. Porém, é necessário conhecer o estado de saúde bucal desse grupo etário, como também obter dados epidemiológicos que sirvam de subsídios para o desenvolvimento de programas direcionados à essa população (Dini & Castellanos, 1993; Pucca Jr., 2000; Saliba et al., 1999).

O processo de transição demográfica, como o que hoje o Brasil atravessa em ritmo acelerado, associou-se ao aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos. Em 2008, o município de Pelotas possuía 24 instituições de longa permanência para idosos, e 521 idosos institucionalizados (Del Duca, 2010).

Muitas reflexões são feitas sobre planos a longo prazo para melhor condição de saúde bucal do idoso, porém pouco se analisa sobre a validade e a motivação de realizar tratamentos odontológicos na situação atual da condição bucal de grande parte da população idosa no país. Muitos dos problemas de que

os idosos padecem atualmente, podem ser atenuados pela intervenção do cirurgião-dentista, mantendo ou recuperando o sistema mastigatório a fim de dar condição de enfrentar obstáculos característicos dessa idade (Brunetti; Montenegro, 2002). O objetivo deste estudo é discutir a motivação no atendimento odontológico a idosos institucionalizados considerando a incapacidade de redução na experiência de cárie medida através do índice CPOD nessa população.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre as atividades conjuntas realizadas entre os eixos de pesquisa e extensão no projeto GEPETO (Gerontologia: Extensão, Pesquisa e Ensino no Tratamento Odontológico), que oferece tratamento odontológico no Asilo de Mendigos de Pelotas. Será realizada uma revisão de literatura sobre o índice CPOD em idosos institucionalizados e reflexão sobre a falta de perspectivas de mudança no índice de um grupo de idosos institucionalizados e a motivação para o atendimento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O índice de ataque de cárie, conhecido pelas iniciais CPO, é o mais utilizado no mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal.

Quando a unidade de medida é o dente, temos o índice CPO-D, ou seja, Dentes Cariados, Perdidos e Obturados. O índice CPOD estima a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente (MS, 1996).

Com base na experiência vivida através da elaboração do projeto de pesquisa GEPETO e discussões feitas nos encontros realizados semanalmente, surgiu a reflexão sobre a oscilação do índice CPOD entre os idosos residentes na instituição depois que passaram por intervenção na clínica. De acordo com esse assunto, surgiu a dúvida: qual a motivação encontrada pelo profissional de saúde bucal para tratar no mínimo de maneira paliativa a situação bucal dos idosos com alto índice CPOD, sendo que não há mais expectativa de redução do mesmo, o que representaria o sucesso no tratamento e uma boca saudável?

Algumas características do índice CPOD em idosos institucionalizados encontradas em trabalhos mais recentes estão descritas a seguir:

Segundo Lopes, M.C et al (2008), os idosos institucionalizados na cidade de Araras-SP, apresentaram índice CPO-D médio foi igual a 30,6, e o componente perdido contribui com 93,9% do valor da prevalência de cárie ($p=28,7$).

Valores similares foram encontrados em idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI) na cidade de Belo Horizonte-MG, Ferreira R.C et al (2009) o índice CPO-D foi 30,8, com componente perdido representando 94,2%.

Em uma instituição de longa permanência em Ponta Grossa-PR, Garden, C.R.B. et al (2013) avaliaram que das 40 idosas que participaram do estudo, 75% não possuíam nenhum dente. Entre as dentadas, 70% apresentavam cárie e possuíam dentes obturados e todas necessitavam de alguma extração dentária.

Em São Gonçalo-RJ, no ano de 2011, Sá, I.P.C. et al (ANO), o índice CPO-D foi de 30,37, predominando o componente perdido e tendo no grupo feminino menor número de dentes cariados.

Em um estudo transversal sobre a condição de saúde bucal em idosos institucionalizados na cidade de Goiânia-GO, Reis, S.C.G.B et al (2003), aplicou o índice CPO-D. A idade variou de 60 a 103 anos. Cárie e edentulismo foram encontrados em 100% e 69,20% dos idosos, respectivamente. O CPO-D médio foi 30, com predomínio do componente extraído.

Como discutido anteriormente, o índice CPOD é comumente encontrado em um valor muito alto na população idosa do Brasil devido a seu caráter cumulativo.

Nos idosos que ainda possuem dentes funcionais e são submetidos a uma intervenção de promoção de saúde, haverá alteração na doença cárie dentária, porém quando analisado o índice em si, o valor final não terá alteração significativa. Quando submetido a tratamento clínico, terão apenas alterações nos componentes do CPOD, já que os dentes serão restaurados e extraídos conforme o diagnóstico e a necessidade de tratamento, mudando apenas a condição/componente de dentes cariados por dentes obturados ou extraídos. Como o componente do CPOD de maior prevalência entre os idosos são dentes perdidos, também se espera pouca alteração do índice em relação a esses indivíduos.

A intervenção odontológica no idoso difere entre preventiva e curativa. Depois de diagnosticado os principais problemas e riscos do paciente idoso, o dentista pode tomar medidas específicas para cada caso. Medidas preventivas mais agressivas e controle mais rígido são, então, instituídos para pacientes com avaliação de alto risco por fatores locais (diminuição do fluxo salivar), fatores sistêmicos ou deficiências cognitivas. O controle do ambiente bucal é a medida preventiva específica mais importante em idosos, principalmente para a prevenção de cáries dentais, periodontopatias e infecções oportunistas. A remoção mecânica da placa bacteriana através de escova e fio dental constitui um procedimento básico de higiene pessoal que não deve ser negligenciado, tanto para pacientes dentados, como para os pacientes portadores de próteses (Shinkai; Del Bel Cury, 2000).

A reabilitação bucal, através de restaurações diretas e todos os tipos de próteses, também representa um papel muito importante para os idosos, permitindo o restabelecimento da função (mastigação, fonação e deglutição) e da estética dos dentes, as quais influenciam o bem-estar (Shinkai; Del Bel Cury, 2000).

A imagem do idoso na maior parte das vezes é associado à fraqueza, doença e morte. Uma boca edêntula, índice máximo do CPOD=32, é uma das principais características dessa população, aceita como “manifestação comum da velhice”. Mesmo não sendo possível reduzir o índice CPOD, a reabilitação permite reestabelecer a fonética, alimentação, entre outros.

Para tratar um idoso não é suficiente somente conhecimento teórico, mas principalmente, atenção e empatia para fazer o máximo e o melhor possível no restante de vida de um ser humano. No projeto GEPETO são comuns os tratamentos paliativos feitos para oferecer somente conforto para uma melhor alimentação, por exemplo. Como também é comum após iniciar o contato, a avaliação ou o tratamento, o paciente vir a falecer.

A partir dessas informações é possível entender que a manutenção do índice em valores elevados, ou mesmo o aumento deste não significa um decréscimo da condição de saúde dos idosos assistidos nas atividades do projeto. A motivação para o atendimento deve ultrapassar os aspectos numéricos do índice, considerando a real condição de saúde e bem estar da população institucionalizada.

4. CONCLUSÕES

É importante a conscientização de que, quando são feitas intervenções em idosos, poderá piorar ou manter valores epidemiológicos elevados como o índice CPOD, mas será uma oportunidade de fazer o melhor e tratar com dignidade a quem tanto já viveu. É preciso que haja afastamento de mitos e estereótipos que cercam o tratamento odontológico na terceira idade, bem como divulgação de informações entre os próprios cirurgiões-dentistas, os demais profissionais de saúde, as autoridades e a população em geral, incluindo principalmente os idosos e seus familiares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.

CIMÕES, R.; CALDAS JÚNIOR, A.F.; SOUZA, E.H.A.; GUSMÃO, E.S. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007;12(6):1691–6.

FELLER, C.; GORAB, R. Atualização na Clínica Odontológica. São Paulo, Editora Artes Médicas, 2000, p.469-487.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): estudos amostrais realizados em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com base em metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde, 1996.

HIRAMATSU, D.A.; TOMITA, N.E.; FRANCO, L.J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. Ciênc. saúde coletiva, vol.12, no.4, Rio de Janeiro, Jul/Ago. 2007.

SESC. DN. DPD Manual técnico de educação em saúde bucal / Claudia Márcia Santos Barros, coordenador. – Rio de Janeiro : SESC, Departamento Nacional, 2007.

COLUSSI, C.F.; FREITAS, S.F.T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad. Saúde Pública, vol.18, no.5, Rio de Janeiro, Sept./Oct. 2002.

DEL DUCA, G.F.; NADER, G.A.; SANTOS, I.S.; HALLAL, P.C. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(7):1403-1410, jul, 2010.

SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):1099-1109, out-dez, 2000.