



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

LARISSA SANTANA BARBOSA

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA VOLTADA AO
ATENDIMENTO DO IDOSO**

DENTAL CARE FOCUSED ON THE CARE OF ELDERLY

SALVADOR
2020.1

LARISSA SANTANA BARBOSA

**ATENÇÃO ODONTOLÓGICA VOLTADA AO
ATENDIMENTO DO IDOSO**

DENTAL CARE FOCUSED ON THE CARE OF ELDERLY

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dr^a Viviane Maia Barreto de Oliveira

SALVADOR
2020.1

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus amados pais e irmão que são os meus maiores incentivadores. Obrigada por tudo, amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Te agradeço Senhor por possibilitar a realização de mais uma conquista, obrigada por ser um pai nos momentos de alegria, auxílio nos momentos de incertezas e por ser um refúgio nos momentos difíceis. A ti, Deus, dedico essa vitória, confiando que continuarás a conduzir meus passos em direção à Tua vontade, perfeita e soberana.

Aos meus queridos pais, Deraldo e Lucimeire e ao meu irmão Uesclei, por serem suporte em todos os momentos, fizeram o possível e impossível pelos meus estudos.

Meus amigos, Marília Silva, Brendon Sampaio e Lorena Miranda que foram como irmãos nos momentos que mais precisei de um ombro amigo.

A minha orientadora Profa. Dra. Viviane Maia, pelo suporte, atenção e ensinamentos passados.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, professores, colegas de turma, funcionários e pacientes.

Gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

“Por isso não temas, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; Eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa.” (Isaías 41:10)

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 POLIFARMÁCIA, ALTERAÇÕES DO FLUXO SALIVAR E PALADAR	12
3.2 NUTRIÇÃO E O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	15
3.3 CÁRIE, DOENÇA PERIODONTAL E ENVELHECIMENTO	15
3.4 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS	17
3.5 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO IDOSO	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	
ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES	
ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS (ARQUIVO ANEXO)	

RESUMO

Nos últimos anos a população brasileira vem passando por um processo acelerado de envelhecimento, aumentando a necessidade de profissionais capacitados para os cuidados e manejos na atenção integral do idoso. O Cirurgião-Dentista tem papel fundamental no diagnóstico, acompanhamento e manutenção da saúde bucal, sendo que muitos pacientes idosos apresentam alterações importantes das estruturas bucais, devido a manifestações sistêmicas, efeitos colaterais de fármacos, insuficiências nutricionais, entre outros. O objetivo desta revisão de literatura foi descrever as condições de saúde geral do indivíduo em processo de envelhecimento, na perspectiva clínica voltada ao atendimento odontológico, discutindo a atuação dos dentistas na qualidade de vida do paciente, identificando as alterações na cavidade bucal, objetivando uma melhor abordagem com o idoso. A bibliografia foi obtida no banco de dados da BVSalud, Medline e Scielo, artigos indexados entre os anos de 2010 a 2020, utilizando como palavras chaves assistência integral à saúde, idoso, saúde do idoso e a tradução para o inglês. A partir da coleta inicial foi realizada uma análise dos resumos identificando os artigos de pesquisa que tenham avaliado clinicamente a condição bucal e/ou sistêmica do paciente idoso. A saúde bucal constitui uma parte integrante e indissociável dos indivíduos, os idosos necessitam ser incentivados e orientados, considerando-se as limitações comuns da faixa etária, enfatizando a necessidade de uma aproximação entre diferentes áreas e competências, possibilitando um tratamento reabilitador apropriado englobando a singularidade de cada um.

PALAVRAS CHAVE: Assistência Integral à saúde. Idoso. Saúde do idoso.

ABSTRACT

In recent years, the Brazilian population has been going through an accelerated aging process, increasing the need for trained professionals to provide care and management in comprehensive care for the elderly. The Dental Surgeon has a fundamental role in the diagnosis, monitoring and maintenance of oral health, and many elderly patients suffer important changes in oral structures, due to systemic manifestations, effects caused by drugs, nutritional deficiencies, among others. The objective of this literature review will be to describe how the general health conditions of the individual in the aging process, in the clinical perspective focused on dental care, discuss the role of dentists in the quality of life of the patient, identifying changes in the oral cavity, aiming at a better approach with the elderly. The bibliography was used in the database of BVSalud, Medline and Scielo, articles indexed between the years 2010 to 2020, using as keywords the integral health care, the elderly, the health of the elderly and translation into English. From the initial collection, an analysis of the abstracts was carried out, identifying the research articles that had clinical evaluation of oral and / or systemic condition of the elderly patient. Oral health has an integral and inseparable part of the elderly, the elderly are encouraged and guided, considering themselves as the common variables of the age group, emphasizing the need for a variation between different areas and skills, enabling an adequate rehabilitation treatment for include a uniqueness of each.

KEY-WORDS: Comprehensive health care. Old man. Elderly health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, sendo considerado pela Organização mundial de Saúde (OMS), em 2002, o maior progresso da humanidade. O processo de mudança demográfica no Brasil decorreu rapidamente, sendo o seu princípio em 1940 com o decréscimo na mortalidade infantil e melhor controle das doenças da infância, associado a um declínio nas taxas de fecundidade, com o advento de programas para controle da natalidade(1).

A população brasileira caminha para um envelhecimento demográfico de forma vertiginosa, dispondo atualmente de uma quantidade significativa de idosos com expressiva mudança na longevidade, correspondente a 12,5% da população total, e estima-se que, em 2025, corresponderá a 32 milhões de habitantes, afetando diretamente na conformação do país (2)(3).

O envelhecimento constitui uma fase natural do desenvolvimento humano, sendo determinantes do processo saúde doença desse grupo populacional aspectos como ambientais, estilo\qualidade de vida, dieta, sociocultural (4) como, também, em consequência ao aumento da expectativa de vida, há uma elevação das doenças crônico-degenerativas, tais como doenças cardiovasculares, endócrinas, pulmonares e demências (2,5).

Velhice não é sinônimo de doença, sendo o termo “envelhecimento saudável” alterado pela OMS em 1990 para “envelhecimento ativo”, em decorrência da constatação que, além da saúde, outros motivos modificam a forma como as pessoas envelhecem, como condicionantes econômicos, acesso à informação e autoestima, assim, é de fundamental importância que profissionais de saúde estejam aptos a atender todas as necessidades dessa população, priorizando a manutenção da independência e autonomia do indivíduo (1,3).

A saúde bucal está relacionada com a condição sistêmica, pois o sistema estomatognático também é alterado pelo envelhecimento, associando-se a limitações fisiológicas e psicológicas, e o Cirurgião Dentista tem papel fundamental na educação e promoção de saúde, capacitando-se para oferecer uma assistência de qualidade, uma vez que o comprometimento da saúde bucal está diretamente

relacionado com a fonação, mastigação, estética, função e capacidade gustativa (6,7).

Com o avançar da idade, o indivíduo que tem sua capacidade motora alterada, seja por desmotivação ou limitação física(8). As patologias que podem estar presentes, assim como, as mudanças fisiológicas próprias da idade e uso de medicamentos, resultam na necessidade de uma anamnese criteriosa com o paciente, seus familiares ou cuidadores, para elaboração de um planejamento voltado às necessidades individuais(9,10).

Tendo em vista o caráter multifacetado do envelhecimento e a inter-relação das condições bucais e sistêmicas, o objetivo dessa revisão de literatura será descrever as condições de saúde geral do indivíduo em processo de envelhecimento, na perspectiva clínica voltada ao atendimento odontológico, discutindo a atuação dos dentistas na qualidade de vida do paciente, identificando as alterações na cavidade bucal, objetivando-se uma melhor abordagem com o idoso.

2. METODOLOGIA

Foi adotada a seguinte questão norteadora para esse estudo: quais as principais alterações sistêmicas observadas entre os idosos identificados na produção bibliográfica nacional e internacional dos últimos dez anos, e quais dessas alterações estão associadas a modificações bucais? Adicionalmente, as medicações utilizadas para estas condições interferem na condição de saúde bucal do paciente?

O estudo envolveu as publicações dos anos 2010 a 2019, nas bases de dados científicas: BVSalud (Biblioteca Virtual em Saúde Pública), SciELO (Scientific Eletronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Pubmed (National Library of Medicine National Institutes of Health of EUA), Google Acadêmico, e o Banco de Periódicos da Capes.

Foram utilizados os termos/descriptores em português e inglês: assistência integral à saúde, idoso, saúde do idoso. Para rastrear as publicações utilizou-se o operador lógicos “AND” quando necessário e para termos sinônimos foi utilizado o operador “OR”, de modo a combinar os termos citados.

Foram considerados critérios de inclusão: Artigos completos e originais, com resumos disponíveis e que pudessem ser acessados na íntegra no meio *on-line* nos idiomas português, inglês e espanhol. E como fatores exclusão: Artigos científicos em outros idiomas, incompletos ou não inclusos nas bases de dados.

Para a etapa de coleta de dados foi realizada uma pré-seleção dos artigos indexados nas bases de dados supracitadas, por meio da leitura dos títulos e resumo, visando ao refinamento dos resultados atentando-se para os itens de inclusão e exclusão. Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura aprofundada, obedecendo aos critérios propostos e, posteriormente, as informações foram ordenadas e tabuladas para a elaboração da revisão discutida.

De acordo com a busca realizada nas bases de dados científicas utilizando os termos/descriptores encontrou-se 44.698.474,3 artigos, foram excluídos 44.698.416,3 e 58 utilizados para elaboração do trabalho.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A velhice caracteriza-se como uma fase natural, dinâmica e progressiva da vida, decorrendo de mudanças no indivíduo nos aspectos físicos, emocionais, metabólicos e humorais. A senescência é o conjunto das transformações funcionais e psicológicas inerentes do envelhecimento, manifestando uma peculiaridade gradual de modificação celular. Em contrapartida, a senilidade é delineada pelas circunstâncias que acometem o ser ao decorrer da vida em relação aos aspectos fisiopatológicos(11)(12).

O envelhecimento é uma realidade mundial com crescimento populacional acelerado em comparação ao número de pessoas que nascem, sendo um importante alargamento do topo da pirâmide etária. Em países desenvolvidos, são classificados como idosos indivíduos a partir dos 65 anos de idade, diferente dos países com menor expectativa de vida, como os em desenvolvimento, que é a partir dos 60 anos. Chegar na terceira idade de forma ativa envolve condicionantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, culturais e de gênero, fatores esses determinantes para um envelhecimento saudável (1)(13).

Essa dinâmica demográfica origina transformações no perfil de saúde da população, constituindo-se pelo aumento da longevidade e de doenças crônico-degenerativas, compreendendo 75,5% da população idosa no Brasil, sendo 69,3% entre homens e 80,2% entre as mulheres, podendo acarretar limitações funcionais, sociais e mentais. A autopercepção do idoso pode ser influenciada pela história de vida, crenças, valores individuais, relacionando muitas vezes doença e dor como fatores naturais da idade, sendo assim, torna-se difícil compreender o conceito de saúde e bem estar para si próprio (14).

A presença de doença crônica não-transmissível (DCNT) está associada a um elevado índice de uso de medicamentos nessa faixa etária, compreendendo entre 60% a 90% dos idosos, destes, um terço faz uso de cinco ou mais medicamentos concomitantemente(12). Modificações fisiológicas inerentes do processo de envelhecimento como transformações na estruturação corpórea e limitação nas funcionalidades hepáticas e renais, se dão devido a uma diminuição do fluxo

sanguíneo que pode modificar a farmacocinética (dinâmica do organismo com a droga), reduzindo a metabolização, conseqüentemente, ampliando sua meia-vida, assim como sua farmacodinâmica (ação da droga no organismo) produzindo dessa forma, indivíduos longevos vulneráveis a impactos adversos ou terapêuticos mais exorbitantes (15).

Com decorrer dos anos, o sistema estomatognático sofre transformações decorrentes do processo natural do envelhecimento, alterando suas funções e conduzindo uma adaptação do idoso frente a condição morfofuncional. É importante conhecer os fatores que afetam a condição sistêmica na terceira idade, com uma percepção integral do desenvolvimento humano, proporcionando uma adequada reabilitação, atuando na manutenção da capacidade nutricional, reintegração social, auto estima, estética e função(16).

As alterações bucais, teciduais e funcionais que afetam o paciente longevo estão associadas a motivos externos e internos que acontecem ao decorrer da vida, o descuido com a saúde bucal, assim como a falta de acesso ao atendimento odontológico, ou falta de visitas não periódicas, relacionando-se com as alterações fisiológicas, podendo propiciar o desenvolvimento de afecções bucais (17).

Dentre as alterações bucais mais comuns encontradas nos idosos destaca-se a hiperplasia fibrosa, queilite angular, língua fissurada, língua saburrosa, candidose, redução do fluxo salivar, xerostomia(6), doença periodontal, cárie, edentulismo(18), sendo potencializadas por condições sistêmicas como alterações reflexas da doença de base, bem como de modo inverso.

3.1 POLIFARMÁCIA, ALTERAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E PALADAR

A saliva é secretada pelas glândulas salivares, cujo seus constituintes atuam na conservação da saúde bucal, caracterizado como um agente tamponante e antimicrobiano. Alterações na produção salivar ocasiona uma redução na capacidade de neutralizar os ácidos produzidos pelas bactérias existentes no biofilme da superfície dentária, potencializando a desmineralização, assim como, interferindo no bem estar e qualidade de vida do indivíduo, afetando na seleção dos

alimentos, nutrição, paladar, ampliando o risco de infecções oportunistas como a candidíase, vulnerabilidade a doença cárie, periodontal e edentulismo (19).

Em uma pesquisa realizada na Unidade da Saúde da Família (USF)(20), do município de Botucatu-SP com 118 idosos de 60 anos ou mais, 67 dos participantes (56,8%) eram do sexo feminino, 51 do sexo masculino (43,2%), o que evidencia a feminização da velhice (21). Em resposta a um questionário, 27,97% dos idosos relataram alterações na cavidade bucal após introduzir medicações para o controle de doenças. (20) A xerostomia foi manifestada por 25,42% dos entrevistados enquanto que alteração do paladar, halitose e queimação na garganta e língua foram relatadas por menos de 10% dos idosos (20).

Estudo semelhante realizado com 98 indivíduos das USF do município de Campina Grande (PB)(22), ao avaliar a produção salivar, foram reconhecidos como hipossalivação pacientes com fluxo salivar não estimulado entre 0,1 a 0,2 ml/min e menor que 0,1 ml/min como hipofunção salivar, verificando dessa forma, 45% apresentaram redução do fluxo salivar, sendo que, 23 (51,1%) relataram a sensação de boca seca (xerostomia).

Muito frequentemente, as alterações do fluxo salivar e as queixas de xerostomia estão associadas ao uso de polifarmácia, cujas interações interferem na produção de saliva. Segundo a Pesquisa Nacional Saúde (PNS) realizada em 2013(23), os idosos permaneceram como a faixa etária com maior índice de doença crônica não transmissível (DCNT), fazendo uso de fármacos três vezes mais em comparação aos jovens, dispendo muitas vezes como consequência do uso combinado o episódio de interações medicamentosas, sendo capaz dessa condição ser contida com modificações de hábitos e medicamentos, objetivando a recuperação da independência e autonomia(24).

Em um estudo realizado com 1.705 idosos com idade entre 60 e 69 anos, verificou-se a prevalência da polifarmácia (uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos) em 50,1%(25), comparando com os resultados encontrados em outra pesquisa feita com 1.848 idosos, com 60 anos ou mais, no município de Piracicaba-SP, onde em 90% dos bairros foi existente o auto relato de xerostomia (sensação de boca seca). Essa alteração é predominante nos idosos domiciliados

em regiões de maior exclusão social, sendo muitas vezes causada por fármacos que influenciam na produção salivar, evidenciando um potencial fator de risco (26)

No exame de 102 idosos internados no Hospital Universitário de Santa Maria-RS(27), a disposição dos sinais e sintomas pertinentes à hipofunção das glândulas salivares foram: 50% apresentaram boca seca, 45% relataram ingestão frequente de água, 43% queixaram de halitose, 14% citaram ardência, 35% afirmaram ter dificuldade de engolir e mastigar, 48% ressecamento e fissuras nos lábios, 39% saliva espessa, 32% ressecamento da mucosa, 25% queilite angular, 9% cárie, equiparando, com as 128 alterações bucais avaliadas em 80 pacientes (81,6%) com idosos de idades entre 60 e 86 anos, em que destacou-se a língua fissurada (34,4%), língua saburrosa (23,4%) e a estomatite protética (8,6%)(22).

No paciente idoso há uma predisposição para uma mucosa mais seca e, quando associada com a diminuição do fluxo salivar, há uma intensificação desse aspecto, alterando sua cor de rosa pálido para vermelho vivo, como consequência, o dorso da língua converte-se em uma superfície lisa, fissurada e despilada, justificando esses sinais e sintomas encontrados nos estudos realizados (20)(22)(26)(27).

Aproximadamente 80% dos idosos manifestam diminuição da capacidade gustativa, consequência de uma redução das papilas gustativas. Esse declínio ocorre consideravelmente a partir dos 70 anos de idade e a saburra lingual também está associada com o declínio dessa capacidade, já que, se caracteriza como um acúmulo de restos alimentares na superfície da língua, correlacionando-se muitas vezes com halitose e pneumonia aspirativa. A limpeza da língua com uma escova dental ou gaze, atua na diminuição dos sintomas referentes a diminuição gustativa(28).

A realização de um adequado exame anamnésico de cunho investigativo, associando a um exame clínico intraoral e exames complementares, quando necessário, possibilita o diagnóstico da hipossalivação ou xerostomia, de forma que, seja evidenciado o motivo da queda na produção salivar que é responsável pela sensibilidade e em alguns casos, ardência com sensação de queimação, identificando o fator desencadeador, que pode ser, tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço, doenças sistêmicas, uso contínuo de medicamentos,

destacando-se os anti-hipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, anti-histamínicos e anticolinérgicos, como também, hábitos (alcoolismo, tabagismo e estresse), atuando da melhor forma no tratamento e acompanhamento(22)(26)(29).

O uso de saliva artificial deve ser considerado fortemente quando outros recursos mais simples como aumento da ingestão hídrica e redução de produtos à base de cafeína não surte efeitos satisfatórios. A saliva artificial é um método eficaz, por possuir um pH neutro e eletrólitos equivalente a saliva, pode-se utilizar também estimulantes salivares como pilocarpina, gomas de mascar, ácido málico presente em frutas como pera e maçã, entre outros(26).

3.2 NUTRIÇÃO E O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Qualidade de vida e bem-estar dos pacientes idosos estão diretamente associados à capacidade de ingerir nutrientes adequados, necessitando de dentes hígidos ou próteses dentárias bem adaptadas, pois qualquer alteração pode influenciar na trituração dos alimentos, resultando muitas vezes, em mudanças dos hábitos alimentares. As dificuldades mastigatórias podem levar a uma ingestão inadequada dos nutrientes, uma vez que o idoso passa a selecionar uma refeição mais pastosa, repleta de carboidratos podendo possibilitar um acréscimo de peso corpóreo podendo levar a doenças sistêmicas, como hipertensão arterial, diabetes, adicionalmente pode causar problemas digestivos, oriundos da incorreta formação do bolo alimentar (30)(31).

3.3 CÁRIE, DOENÇA PERIODONTAL E ENVELHECIMENTO

O avançar da idade proporciona um aumento de algumas doenças bucais. A cárie, por exemplo, é comumente a mais presente entre pessoas acima dos sessenta anos (32). Adicionalmente, muitos indivíduos perdem progressivamente a destreza manual devido a doenças reumáticas, diminuição da acuidade visual ou degeneração mental, dificultando, em muitos casos, a higienização bucal e adequado controle de biofilme, podendo progredir para alteração patológica dos tecidos periodontais e cáries radiculares(17)(32)(33).

Em estudo realizado no extremo Norte do estado do Piauí (17), com 321 idosos de 60 anos ou mais, funcionalmente independentes com capacidade cognitiva para entender e responder o questionário da pesquisa, foram evidenciadas as precárias condições de saúde bucal com elevado índice de dentes perdidos (92,16%) e 52% de edentulismo. Esses dados foram semelhantes ao de uma pesquisa realizada com 52 idosos com idade entre 60 e 90 anos em São José dos Campos (34), em que observou-se 13 indivíduos desdentados totais, 34 desdentados parciais com menos de 20 dentes e 5 desdentados parciais com mais de 20 dentes.

O quadro de saúde bucal dos envolvidos nas pesquisas são precárias, principalmente pelo alto índice de edentulismo e dentes perdidos(17)(34), o que confirma o existente problema de saúde bucal, reflexo de uma Odontologia mutiladora do passado e falta de acesso a um atendimento especializado (18).

Com o objetivo de estimar a prevalência da cárie radicular na população adulta e idosa no Brasil, foram utilizados os dados de Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010)(35), em que foram examinados 7.509 idosos em domicílios das 26 capitais e Distrito Federal e de 150 municípios, com prevalência de 13,6% de cárie radicular, com maiores índices nas capitais do Norte e Nordeste. A recessão gengival é constantemente presente em adultos como em idosos, o que favorece o episódio da desmineralização da superfície radicular exposta, sendo dessa forma, susceptíveis aos elementos cariogênicos da alimentação, colaborando para a instalação da doença cárie, podendo evoluir para uma extração dentária na ausência de um tratamento.

Na avaliação da higiene bucal de 58 indivíduos idosos residentes de uma instituição de longa permanência (18), apenas 4% apresentaram ótima higienização, 43% boa, 29% regular e 24% péssima. A condição periodontal foi avaliada apenas de acordo com a presença ou ausência de mobilidade dentária, sendo que, apenas 10% apresentaram a doença, o que é justificado pelo elevado índice de 1.707 dentes perdidos. A doença periodontal pode apresentar-se como uma gengivite e evoluir para uma periodontite severa, como consequência, causar mobilidade e perda dentária, limitando a capacidade mastigatória, atuando de modo direto nas

funcionalidades do sistema estomatognático(17), apesar de frequente nos idosos, a doença periodontal que causa a mobilidade não é em decorrência da idade (18).

3.4 ALTERAÇÕES SISTÊMICAS

Em um estudo realizado no Centro de Convivência da Terceira Idade (36) com o objetivo de avaliar as principais doenças desta população, foram realizadas entrevista e questionário e como resultado, evidenciou-se a baixa escolaridade dos participantes, 89% relataram realizar tratamento médico, 11% não utilizavam nenhum medicamento, 48,75% usavam medicamentos por motivos cardiovasculares, hipertensão, circulatórios, arritmia cardíaca e colesterol alto, 23,75% por distúrbios ósseos e 7,5% idosos devido a diabetes, dos medicamentos utilizados, sendo que a maior prevalência foi dos medicamentos cardiovasculares, correspondendo a 55%.

Uma pesquisa realizada com 246 idosos atendidos em 14 Centros de Referência da Assistência Social(37), cujo objetivo era avaliar as condições de saúde cardiovascular e identificar os fatores de risco modificáveis para o idoso, verificou-se que, 30,1% dos participantes possuíam relação direta ou indireta com o tabagismo, da mesma maneira que, a maior parte (80,1%) relatou não consumir bebidas alcóolicas, e quanto a praticar exercícios físicos, 62,2% informou realizar. Ao avaliar a relação entre fatores de risco e colesterol, verificou-se que o etilismo atingiu combinação significativa, levando em consideração que a hipertensão arterial é classificada como um fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo um dos principais motivos de morbimortalidade e complicações cardiovasculares. Outro fator de risco identificado na pesquisa foi o sedentarismo, declarado por 37,8% dos participantes, considerando que, hábitos alimentares saudáveis tem papel fundamental na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares(38).

Em um trabalho realizado no município de Cachoeira do Sul(39), cujo objetivo foi avaliar a relação entre o uso de medicamentos para hipertensão e mudanças na saúde bucal de idoso hipertensos, foi realizada uma entrevista e exames clínicos com 49 idosos, verificando que o medicamento mais utilizado foi o Captopril (16,3%), seguindo por, Hidroclorotiazida (12,2%) e Enalapril (12,2%), e que

59,2% usam apenas um medicamento para hipertensão, e a maioria relatou sensação de boca seca.

Entre as DCNTs, o diabetes mellitus também apresenta alta prevalência em pessoas idosas, sendo caracterizada como uma doença restritiva, pelo fato de possibilitar muitos males na qualidade de vida, com complicações como doenças renais crônica, cegueira, amputação, dentre outros(40).

Diabetes Mellitus é considerado como um dos principais fatores de risco associado a progressividade da doença periodontal, pois a hiperglicemia exacerba a inflamação dos tecidos periodontais, por outro lado, a periodontite afeta o metabolismo do paciente diabético. A terapia periodontal ou a extração de dentes comprometidos pode auxiliar na contenção glicêmica dos pacientes diabéticos(41), o que foi contraditório em estudo realizado com o objetivo de comparar os níveis de glicemia em jejum (GJ)(41). Utilizou-se prontuários de idosos diabéticos do tipo 2, avaliando o efeito da doença periodontal sobre o controle glicêmico. Como resultado, constatou-se que os idosos desdentados diabéticos do tipo 2 possuem maior risco em apresentar hiperglicemia do que indivíduos dentados, já que foi avaliado maiores índices glicêmicos nos desdentados, porém, esse achado não permitiu firmar uma verdade plena, já que, os indivíduos foram avaliados em um único momento e não foram acompanhados, porém, de qualquer forma nos dentados a doença periodontal envolveu 32,3% dos participantes da pesquisa.

É importante o entendimento da complexidade e evolução da doença periodontal associado aos fatores imunológicos e inflamatórios, compreendendo a influência da periodontite no controle metabólico do diabético, para que assim o cirurgião dentista atue na manutenção da saúde bucal, informando ao seu paciente a relação da doença periodontal com o controle glicêmico, sendo essencial um trabalho multidisciplinar, objetivando um diagnóstico precoce, tratamento individualizado e plano de tratamento que proporcione qualidade de vida(37)(42).

O sistema renal também passa por um processo de envelhecimento, que se inicia a partir dos 30 anos de idade com a progressiva perda de néfrons, afetando a filtração glomerular, excreção e manutenção de água, afetando a estabilidade do cloreto de sódio e ácido base, do mecanismo hormonal, comprometendo o processo de eliminação de fármacos. A Doença Renal Crônica define-se pela diminuição

gradativa da capacidade renal, comprometendo a filtração glomerular dificultando a manutenção da homeostasia do organismo(43).

Em uma pesquisa realizada com 130 indivíduos atendidos no Serviço de Hemodiálise da cidade de João Pessoa- PB(44), com participantes com idade mínima de 20 anos e máxima de 82 anos, com 4 meses de hemodiálise e no máximo até 240 meses. A distribuição dos indivíduos com Doença Renal associada a uma doença base foi representado pela Hipertensão (66%), Diabetes Mellitus (22%), glomerulonefrites (12%). Entre os achados bucais detectou-se, gengivite (33%), cálculo dentário (28%), palidez da mucosa (12%), estomatites urêmicas (9%), anomalias de esmalte (8%) e infecções oportunistas (7%). No quesito autopercepção dos comprometimentos bucais, se destacou a xerostomia (51,5%), seguida pelo mau hálito (30,0%), sangramento gengival (16,2%), dor (12,3%) e lesões bucais (11,5%).

O atendimento de idosos portadores de Doença Renal Crônica deve ser multiprofissional, viabilizando qualidade de vida, conhecendo, supervisionando e controlando as manifestações bucais, indo ao encontro das necessidades individuais do paciente (44).

Já a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma condição que causa modificações nas vias aéreas, causada por exposição a partículas nocivas, é comumente responsável pela morbidade e mortalidade, inicialmente apresenta-se com sintomas semelhantes a tabagismo, como tosse e secreção expectorante. No paciente idoso, quando associado a fatores como deficiência nutricional, presença de outras doenças crônicas e ausência de exercício físico, podem piorar o quadro clínico(45)(46). Os pacientes que se encontram em casas de repouso e internados, possuem maior chance de serem portadores dessa doença, ou até mesmo ir a óbito, oriundo de infecção do trato respiratório, com diminuição na capacidade de defesa dos indivíduos. O acúmulo de biofilme bacteriano e sua estruturação, advindo de uma ineficiente remoção mecânica podem ocasionar doenças bucais como gengivite e periodontite, a associação da DPOC com a doença periodontal pode ocorrer devido à aspiração de bactérias patogênicas existentes na cavidade bucal(47)

Em estudo com 179 idosos(45), sendo o objetivo identificar fatores associados a DPOC em idosos não institucionalizados. A polifarmácia foi relatada

por 26,8% dos participantes, a doença mais mencionada foi hipertensão, sendo identificado no estudo o tabagismo passado ou atual como fator para a DPOC, assim como, presença de catarro e autorrelato de asma.

Os medicamentos utilizados para a DPOC podem ter influência na cavidade bucal, como por exemplo, os beta-agonistas, corticoides, antagonistas muscarínicos e antibióticos, podendo originar xerostomia e candidíase. A correta higienização bucal e acesso ao atendimento odontológico estão relacionados ao controle das DPOC, para isso, os cirurgiões dentistas devem orientar seus pacientes nessa condição, elucidando dúvidas e estimulando o autocuidado(46).

Entre as doenças mentais mais comuns nos pacientes idosos, destaca-se a depressão, associado a fatores biológicos, sociais, ausência de suporte familiar, uso de medicamentos. A depressão na velhice muitas vezes está associada a outras doenças, como por exemplo, doença de Parkinson, demência, diabetes, uso de medicamentos como, anti-hipertensivos, corticosteroides, podendo comprometer a saúde bucal com a presença da sensação de boca seca (48)(49).

A Doença de Alzheimer (DA) é a demência mais comum entre os idosos, causando mudanças na personalidade e perda de memória, com seu avanço o indivíduo portador de DA desenvolve dificuldades na manutenção do autocuidado, fazendo parte do grupo de risco para desenvolvimento de doenças bucais, sendo os cuidadores responsáveis pela higienização bucal do idoso, por isso é importante que o dentista atue em educação em saúde bucal em conjunto do cuidado, objetivando qualidade de vida para o paciente com DA(50).

O tratamento odontológico do paciente idoso com demência deve levar em consideração a conversação e o grau de compreensão do paciente, deve-se estabelecer um relacionamento de confiança entre o profissional com o idoso e familiar ou cuidador, sendo a anamnese de extrema importância para conhecimento do estado de saúde geral, medicamentos em uso e expectativas frente o tratamento(51).

3.5 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO IDOSO

O Cirurgião Dentista deve-se manter qualificado, capacitado e atualizado para proporcionar uma melhor abordagem para o paciente idoso objetivando superar suas expectativas e necessidades, ouvindo e elucidando dúvidas, assim como, conhecendo as possíveis interações medicamentosas e seus efeitos colaterais, dominando as técnicas e materiais odontológicos existentes(2)(10).

Atitudes como expressões faciais, tom de voz e contato físico contribuem para uma melhor comunicação gerando menor ansiedade e maior segurança. Para isso, é necessária a realização de uma completa e aprofundada anamnese avaliando adequadamente as condições sistêmicas que conduzira a estruturação do plano de tratamento de forma que o paciente geriátrico seja abrangido em sua totalidade (6)(52).

O questionário realizado deve constar informações pertinentes a identidade do paciente (nome, idade, endereço, estado civil, telefone etc.), história (atual e pregressa) médica/ odontológica e dados relacionados a avaliação física com aferição dos sinais vitais como pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca e temperatura, além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo idoso ou responsável legal(9).

Deve ser avaliado e definido antes de iniciar as sessões clínicas se o paciente pode submeter-se ao tratamento proposto de acordo com sua condição sistêmica adequando-se de forma a proporcionar o melhor atendimento possível solicitando sempre que necessário um parecer médico do estado geral, assim como, exames laboratoriais (hemograma, testes de glicemia em jejum, coagulograma, avaliação cardiológica, avaliação da função hepática e renal)(6)(52).

Exames radiográficos com técnicas extraorais (panorâmica) e intraorais (periapical, interproximal, oclusal) são importantes complementares no diagnóstico e elaboração do plano de tratamento, compete ao Cirurgião Dentista analisar e selecionar a melhor opção de acordo com a indicação e limitação visando diferenciar fatores anatômicos e patológicos. A tomografia computadorizada é um recurso utilizado na avaliação de estruturas ósseas por permitir a representação de um corte com efeito diagnóstico de modo tridimensional(52).

A osteoporose caracteriza-se como uma doença osteometabólica definida pelo decréscimo da massa óssea e maior vulnerabilidade a fraturas, sendo a densitometria considerado o padrão ouro para o diagnóstico dessa condição, possuindo em alguns casos concomitância com dores orofaciais e DTMs necessitando dessa forma de um diagnóstico diferencial e encaminhamento para profissional especializado(13).

O atendimento odontológico deve ser cuidadosamente executado desde o momento que o paciente idoso entra no consultório, sendo exercido preferivelmente pelo turno da tarde com sessões breves de aproximadamente 50 minutos, por possuírem um sistema proprioceptor inativo o paciente deve ser posicionado na cadeira odontológica de forma semi-inclinada evitando possível incômodo respiratório. O profissional deve estar empenhado em observar as singularidades pertinentes ao idoso de modo que possa fornecer um atendimento de excelência, da mesma maneira que o ambiente deve ser preparado e equipado para atender esses indivíduos, como por exemplo, rampas, evitar portas e elevadores estreitos que dificultem ou impossibilitem a passagem de cadeiras de rodas ou andadores, apropriada iluminação, barras de suporte, entre outros fatores que auxiliem na acessibilidade(1)(9).

Na atualidade há um arsenal de anestésicos locais disponíveis que concedem o adequado controle da sintomatologia dolorosa com maior limiar de segurança, seu uso nos pacientes idosos deve ser calculado de forma que a dose máxima da droga seja reduzida desfrutando de uma técnica acurada visto as alterações do tecido ósseo e mucosa oral proveniente do envelhecimento(52).

A lidocaína como todas as outras drogas anestésicas do tipo amida é metabolizada pelo fígado e excretada pelos rins, conseqüentemente, o perigo de superdose é superior, dessa forma, é preconizado que as doses de lidocaína nos pacientes longevos seja minimizado com dose máxima não excedendo o correspondente a três tubetes de Lidocaína a 2%, indica-se o uso associado com adrenalina vasoconstrictor na diluição de 1:200.000 ou 1:100.000, não extrapolando a dose de 0,04mg de adrenalina por atendimento(9).

A liberação de catecolaminas endógenas na circulação em um cenário estressante é maior do que ao existente no tubete anestésico, portanto, é primordial

apurar os riscos e vantagens anteriormente a seleção do anestésico a ser utilizado (24). Em condição de contraindicação ao emprego de vasoconstritores adrenérgicos, pode-se eleger a Mepivacaína a 3% sem vasoconstritor nos procedimentos de curta duração que exhibe uma margem de segurança e duração um pouco maior que a Lidocaína, ou ainda a Prilocaína a 3% com felipressina 0,03UI/ml (9).

A consulta do paciente idoso diabético deve ser realizado no meio da manhã, momento que a insulina alcança seu maior estágio de secreção com orientação prévia para não jejuar evitando possíveis intercorrências como a hipoglicemia, deve-se confirmar a utilização do medicamento no horário correto, as consultas devem ser curtas e caso exceda o tempo deve ser interrompido para rápida refeição(53).

A checagem da glicemia capilar é realizada com auxílio de um glicosímetro antes, durante e após a consulta, no exame físico deve ser observado cuidadosamente se há manifestações bucais como infecções fúngicas ou virais, doença periodontal, cárie dentária e xerostomia (54).

Os pacientes devem ser orientados sobre a necessidade do controle glicêmico associado a manutenção da saúde bucal pela remoção mecânica do biofilme, controle da boca seca, eliminação do hábito de fumar e controle dietético. O uso de antibióticos em pacientes diabéticos controlados assemelha-se ao não-diabéticos, deve ser realizado na presença de sinais e sintomas de infecção, ou seja, o uso de antibioticoprofilaxia é apropriado apenas para pacientes descompensados com alto risco diante a procedimentos cirúrgicos invasivos imprescindíveis, situações de infecções bucais em pacientes descompensados e atendimento de urgência quando não é possível estabelecer o nível de risco manifestado pelo paciente(40)(54).

Para o atendimento de indivíduos com condições cardiovasculares é necessário um exame clínico categórico prevenindo eventualidades em situações de elevado risco como a presença de válvulas cardíacas protéticas, defeitos congênitos graves e endocardite prévia sendo indicada profilaxia antibiótica anteriormente a procedimentos odontológicos com manejo da mucosa bucal que proporcione sangramento para que dessa forma evite bacteremias e impossibilite a instalação da endocardite infecciosa bacteriana(37)(55).

Nos casos de pacientes hipertensos com pressão arterial acima de 140 por 90mmHg que necessitam ser submetidos a procedimentos cirúrgicos sua condição sistêmica deve está controlada, caso a pressão arterial encontre-se acima de 180 por 90mmHg no período pré-operatório é recomendável não realizar a cirurgia(55). A prevenção e promoção de saúde bucal atuando de forma interdisciplinar são essenciais no restabelecimento das funções do aparelho estomatognático(20)(38)(52).

O tratamento proposto para o paciente na terceira idade deve ser elaborado de acordo com o que mais se adequa a sua condição econômica observando as possibilidades frente as necessidades e expectativas não se concentrando apenas na queixa principal(10)(56). Questões psicológicas como ansiedade e medo são desafios a serem superados já que muitos desses pacientes chegam ao consultório odontológico com traumas e crenças(56).

A dificultosa compreensão sobre a necessidade de uma adequada saúde bucal por parte dos idosos e seus cuidadores/familiares pode acarretar a não procura por um atendimento odontológico auxiliando em uma defeituosa higiene bucal, porém, com o maior acesso à informação por conjunto dos meios de comunicação auxiliam nas mudanças de costumes e paradigmas antigos(10).

Os pacientes necessitam de orientações sobre a relevância de um acompanhamento contínuo independentemente de serem edêntulos ou possuírem poucos dentes em boca, a aplicação de métodos como ações educativas em saúde com foco na prevenção em ambientes particulares, públicos e universitários auxiliam na mudança da autopercepção do paciente na terceira idade objetivando o entendimento sobre a relação existente entre saúde bucal e sistêmica(57).

Quando verificada a ausência da capacidade cognitiva o dentista deve motivar o paciente continuamente empregando uma linguagem de fácil compreensão, caso o idoso não possua condições para compreender as informações passadas sobre saúde bucal o profissional deve atuar orientando, acompanhando e habilitando cuidadores e familiares no manejo da higiene bucal do idoso com métodos adaptados de acordo com o caso específico facilitando o acesso a cavidade bucal(2).

Em situações onde há restrição na condição cognitivo e motor, a qualidade da higienização mecânica é afetada e a desestruturação do biofilme bacteriano na superfície dentária é diretamente dificultada colaborando para a instalação de doenças como cárie e gengivite/periodontite, portanto, deve ser avaliadas alternativas que auxiliem nessa limitação existente de forma que assegurem maior independência no autocuidado, por conseguinte, maior qualidade de vida para o indivíduo(6).

Muitos artefatos podem ser empregados para customizar e individualizar escovas, de modo que, o volume do cabo seja aumentado auxiliando na empunhadura e manejo contribuindo na escovação do paciente comprometido. Existem ótimas alternativas para escovas modificadas sendo selecionado de acordo com a particularidade do caso, como uso de silicón de condensação, resina acrílica ativada quimicamente ou massa epóxi, manopla de bicicleta feita de borracha antiderrapante, utilização de abaixadores de língua ou sugadores envolvidos por fita isolante. Em circunstância de dificuldade elevada em exercer pressão no cabo da escova e em segurar a escova, alternativas com escovas de lavar roupas (cerdas removidas) ou tiras de velcro, bolas plásticas ou espumas também podem ser utilizadas(58).

O atendimento odontológico ao paciente geriátrico sempre que possível deve-se optar por um tratamento preventivo em associação ao cuidado multiprofissional, conhecendo o paciente e suas particularidades, compreendendo e identificando as nuances relativas ao processo de envelhecimento, conservando/restabelecendo as funcionalidades do sistema estomatognático, conhecendo as doenças crônico-degenerativa existentes em associação com a condição bucal e habilitando cuidadores/familiares para que dessa forma atue restabelecendo função com uma reabilitação funcional embasada na promoção de qualidade de vida(10)(16).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento acelerado de idosos na população, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender as demandas desses indivíduos, proporcionando-lhes qualidade de vida e envelhecimento saudável.

A interrelação da saúde bucal com a sistêmica é evidente, dessa forma, os cirurgiões dentistas possuem papel fundamental na promoção, prevenção, educação e recuperação de saúde, para isso, é importante que o profissional seja capacitado, qualificado, atualizado e possua um olhar humanizado para compreender as nuances pertinentes ao envelhecimento, identificando as possíveis alterações na cavidade bucal, proporcionando assim, atendimento odontológico de qualidade, com a elaboração de um plano de tratamento individualizado, multidisciplinar, com envolvimento do paciente e/ou familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

1. Vargas AMD, Vasconcelos M, Ribeiro MTF. Saúde bucal : atenção ao idoso. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva [Internet]. 2011; 25–49. Available from:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2706.pdf> Acesso em: 15 ago 2019
2. Irineu KN, Acioli Filho JAM, Costa RO, Catão MHCV. Saúde do idoso e o papel do odontólogo: inter-relação entre a condição sistêmica e a saúde bucal. *Fac Odontol Lins\Unimep*. 2015;25(2):41–6.
3. Núñez MRR, Martini JG, Siedler MJ, Mello ALSF. Geriatric dentistry teaching and the curricular guidelines in dental schools in South American countries. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2017;20(6):826–35.
4. Souza ICP, Silva AG, Quirino ACS, Neves MS, Moreira LR. Profiles of dependent hospitalized patients and their family caregivers: knowledge and preparation for domiciliary care practices. *Reme Rev Min Enferm*. 2014;18(1):173–80.
5. Silva AER, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED, Langlois CO, et al. A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos? *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):181–8.
6. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2013;16(1):181–9.
7. Costa EHM, Saintrain MVL, Vieira APGF. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Cien Saude Colet*. 2010;15(6):2925–30.
8. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace Rev Científica Int*. 2012;1(7):106–32.
9. Souza LMA, Ramacciato JC, Motta RHL. Uso de anestésicos locais em pacientes idosos. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011;59(0):25–30.
10. Koch Filho HR, Koch LFA, Bisinelli JC, Kusma SZ, Alanis LRA, Moysés ST. Uma década da Odontogeriatría brasileira. *Arch Oral Res*. 2011;7(3):295–310.
11. Mesquita JS, Cavalcante MLR, Siqueira CA. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira? *Rev Kairós Gerontol*.

- 2016;19(1):227–38.
12. Anjos NKC, Coelho Filho SCH, Miguel TS, Miguel BS, Miguel VS, Brito LC, et al. Relato De Caso De Polifarmácia No Idoso : Até Onde Pode-Se Considerar Iatrogenia. *Brazilian J Surg Clin Res.* 2017;19(2):96–9.
 13. Spezzia S. Saúde bucal em idosos com osteoporose relato de casos. *Revista Uningá.* 2013;16(1):64–9.
 14. Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção á saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária á Saúde. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(4):1369–80.
 15. Amorim CC, Pessoa FS, Freitas CVS, Pinho JRO. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Acompanhamento Longitudinal do Idoso. *Univ Fed do Maranhão-UFMA [Internet].* 2014;10(2):10–55. Available from: www.unasus.ufma.br Acesso em: 15 ago 2019
 16. Costa CRR. Envelhecimento: Influências no Atendimento Odontológico. *Sem Acadêmica Rev Científica [Internet].* 2012;01(22):1–11. Available from: <http://www.semanaacademica.org.br/artigo/envelhecimento-influencias-no-atendimento-odontologico> Acesso em: 18 ago 2019
 17. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do nordeste Brasileiro. *Cad Saude Publica.* 2012;28(6):1101–10.
 18. Sá IPC, Almeida Júnior LR, Corvino MPF, Sá SPC. Condições de saúde bucal de idosos de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. *Cien Saude Colet.* 2012;17(5):1259–65.
 19. Tan C. Xerostomia: an update for clinicians. *Aust Dent J.* 2010;55(3):238–44.
 20. Bertotti MEZ, Souza AR, Almeida DV, Seda JM, Popim RC. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med St Casa São Paulo.* 2015;60:54–60.
 21. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev Ciência em Extensão.* 2010;6(1):40–53.
 22. Lucena AAG, Costa EB, Alves PM, Figuêiredo RLQ, Pereira JV, Cavalcanti AL. Fluxo salivar em pacientes idosos. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.* 2010;58(3):301–

- 5.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional de Saude 2013: Percepcao do Estado de saude, estilo de vida e doenças cronicas [Internet]. 2014. 181 p. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
Acesso em: 10 out 2019
24. Barbosa PS, Ribeiro MA, Souza MACA, Duarte DA, Sant' Anna GR. Odontogeriatrics: perfil farmacológico de uma população de idosos de interesse para Odontologia. *Rev Bras Pesqui em Saúde/Brazilian J Heal Res.* 2012;14(4):7–14.
25. Pereira KG, Peres MA, Lop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):335–44.
26. Costa AM, Fonseca EP, Fonseca DAV, Sousa MLR. Distribuição espacial da xerostomia e índice de exclusão social de idosos de Piracicaba,SP. [Internet]. 2015;51(1):39–46. Available from: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v51n1/a05v51n1.pdf> Acesso em: 10 out 2019
27. Freitas DN, Lock NC, Unfer B. Hipofunção das glândulas salivares em idosos hospitalizados relacionada a medicamentos. *Geriatr Gerontol Aging.* 2013;7(3):179–83.
28. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreira AKTF. Autopercepção De Saúde Bucal E Seu Impacto Na Qualidade De Vida Em Idosos. *Rev Saúde Ciência Online* [Internet]. 2017;6(1):89–102. Available from: <http://150.165.111.246/revistasaudeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/307> Acesso em: 11 out 2019
29. Catão MHCV, Xavier AFC, Pinto TCA. O impacto das alterações do sistema estomatognático na nutrição do idoso. *Rev Bras Ciências da Saúde.* 2011;29:73–8.
30. Costa JSD, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos Brasileiros. *Cad Saude Publica.* 2010;26(1):79–88.
31. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação

- da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saude Publica*. 2013;31(2):166–72.
32. Vaccarezza GF, Fuga RL, Ferreira SRP. Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2010;22(2):134–7.
33. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cienc e Saude Coletiva*. 2014;19(8):3317–25.
34. Rosa RR, Henriques JCG, Anhalt ACF, Castilho JCM, Rodrigues JR, Nicodemo D. Autopercepção da saúde bucal e anamnese em idosos. *Rev Ciênc Méd, Campinas*. 2013;22(1):5–11.
35. Marques RAA, Antunes JLF, Sousa MLR, Peres MA, Frazão P. Root caries prevalence and severity in Brazilian adults and older people. *Rev Saude Publica*. 2013;47(3):59–68.
36. Cardoso MBR, Lago EC. Oral Changes in Elderly From an Association Center. *Rev Para Med V*. 2010;24(2):35–41.
37. Ferreira JDF, Moreira RP, Maurício TF, Lima PA, Cavalcante TF, Costa EC. Fatores De Risco Para Doenças Cardiovasculares Em Idosos. *Rev Enferm online*. 2017;11(12):4895–905.
38. Gadenz SD, Benvegnú LA. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2013;18(12):3523–33. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028840009> Acesso em: 20 out 2019
39. Silva AER, Langlois CO, Santos TS. Saúde bucal de pacientes idosos que utilizam medicamentos para hipertensão vinculados a um Programa Saúde da Família. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011;59(3):439–43.
40. Menezes TN, Sousa NDS, Moreira AS, Pedraza DF. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2014;17(4):829–39.
41. Barroso Júnior JB, Costa KLL, Taboza ZA, Dias CC, Furlaneto FAC, Lima V, et al. Perda dentária e controle glicêmico de idosos diabéticos do tipo 2. *Rev Odontol da UNESP*. 2011;40(5):241–7.
42. Santos IF, Godinho AP, Cota LOM. A influência da periodontite no controle

- glicêmico do diabetes mellitus tipo 2: mecanismos biológicos. *Rev Braz J Periodontol*. 2018;28(3):15–25.
43. Glasscock R, Denic A, Rule AD. When kidneys get old: an essay on nephrogeriatrics. *J Bras Nefrol*. 2017;39(1):59–64.
44. Araújo LF, Branco CMCC, Santos MTBR, Cabral GMP, Diniz MB. Manifestações bucais e uso de serviços odontológicos por indivíduos com doença renal crônica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016;70(1):30–7.
45. Barbosa ATF, Carneiro JA, Ramos GCF, Leite MT, Caldeira AP. Fatores associados á Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(1):63–73.
46. Libório-Lago CC, Camelier FWR, Santos CO, Coutinho MR, Bittencourt S, Camelier AA. Associação entre a doença periodontal e a doença pulmonar obstrutiva crônica: uma revisão de literatura. *J Dent Pub H*. 2018;9(2):121–34.
47. Macedo FR, Saba-Chujfi E, Pereira SAS, Costa EL, Melo Neto JP. Associação entre periodontite e doença pulmonar. *Rev gaúch odontol*. 2010;58(1):47–53.
48. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2010;13(2):289–99.
49. Silva AER, Kunrath I, Danigno JF, Cascaes AM, Castilhos ED, Langlois CO, et al. A Saúde bucal está associada à presença de sintomas depressivos em idosos? *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(1):181–8.
50. Warmling AMF, Santos SMA, Mello ALSF. Home-based oral healthcare strategies of elderly people with Alzheimer’s disease. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19(5):851–60.
51. Sousa MNA, Bezerra ALD, Assis EV, Nobrega CBC, Pelino JEP. Oral health conditions in old age: older adults’ perception. *Rev Enferm UFPE Line*. 2013;7(11):6610–6.
52. Alencar CRB, Andrade FJP, Catão MHCV. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. *Rsbo*. 2011;8(2):200–10.
53. Carneiro Neto JN, Beltrame M, Souza IFA, Andrade JM, Silva JAL, Quintela KL. O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Rev Dentística online [Internet]*. 2012;(23):11–8. Available from:

<http://coral.ufsm.br/dentisticaonline/1102.pdf> Acesso em: 20 fev 2020

54. Costa RM, Teixeira LG, Azoubel E, Azoubel MCF, Azevedo FCG. O Paciente Diabético na Clínica Odontológica: Diretrizes Para o Acolhimento e Atendimento. *R bras ci Saúde*. 2016;20(4):333–40.
55. Côrte-Real IS, Figueiral MH, Campos JCR. As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2011;52(3):175–80.
56. Bulgarelli AF, Mestriner SF, Pinto IC. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2012;15(1):97–107.
57. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74–9.
58. Costa RM, Figueiredo FMP, Mariano LC, Marchionni AM, Tunes RS, Oliveira VMB. Adaptações em escovas dentais para pacientes com distúrbios motores: relato de caso. *Rev Odontol Bras Central*. 2017;26(77):61–5.

ANEXOS A - DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada. Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões: - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions). - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions). - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e

para os títulos nacionais com LILACS e BBO. f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos: Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico: Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro: Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses: Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]*. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico: Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||, **,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc).

As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXOS B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos utilizados para elaboração do trabalho de conclusão de curso nomeado “ATENÇÃO ODONTOLÓGICA VOLTADA AO ATENDIMENTO DO IDOSO: Interligação entre condição sistêmica e saúde bucal” será organizado em uma pasta digital de forma ordenada de acordo com a sequência de utilização e posteriormente enviado via e-mail para os componentes da banca avaliadora.