

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NA CAVIDADE BUCAL DO IDOSO

MAIN AMENDMENTS IN THE BUCAL CAVITY OF IDOSO

Jardanne C. Silva¹; Mônica M. Labuto².

¹Discente do 5º ano do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso- 2021; ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do Unifeso, Especialista em Programa de Saúde da Família, Especialista em Processos de Mudanças em Serviços de Saúde, Especialista em Docência Superior, Preceptora da IETC e Clínica Integrada ao SUS.

RESUMO

No idoso a qualidade de vida está relacionada aos aspectos físico, social, psicológico e econômico, influenciando diretamente na saúde. Além disso, com o envelhecimento, o organismo passa por algumas transformações, e a boca geralmente reflete as condições em que essas pessoas viveram. O cirurgião-dentista deve estar atento as modificações bucais que ocorrem com o envelhecimento e suas patologias, devendo assim ampliar seus conhecimentos na área da odontogeriatría, visto que o atendimento a esses indivíduos requer mais atenção no momento de se estabelecer o diagnóstico, bem como na execução do tratamento. Deve-se ter em mente que os idosos geralmente são portadores de várias alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento. Algumas alterações bucais devem ser observadas na população idosa, como a diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, redução salivar, modificações no paladar. Levando ao comprometimento da saúde global do indivíduo. Conhecer as principais alterações na cavidade bucal do idoso. O estudo foi realizado através de artigos e revisões bibliográficas. Espera-se com a realização desse estudo direcionar os cirurgiões dentistas e os profissionais da área odontológica as principais alterações encontradas na cavidade oral com o envelhecimento.

Descritores: Envelhecimento; Manifestações Bucais; Cavidade Oral.

ABSTRACT

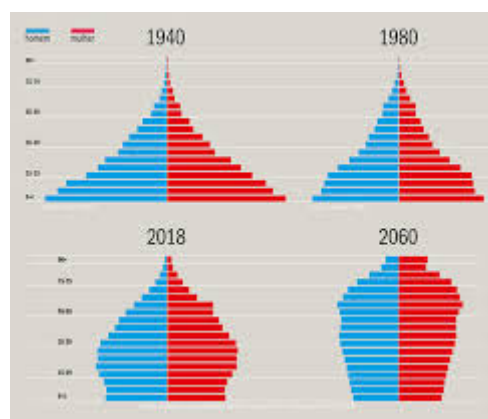
In the elderly, quality of life is related to physical, social, psychological and economic aspects, directly influencing health. In addition, with aging, the body undergoes some transformations, and the mouth usually reflects the conditions in which these people lived. The dentist should be aware of the oral changes that occur with aging and its pathologies, thus expanding their knowledge in the area of geriatric dentistry, since the care of these individuals requires more attention when establishing the diagnosis, as well as in the execution of treatment. It should be borne in mind that the elderly usually have several changes resulting from the natural aging process. Some oral changes should be observed in the elderly population, such as decreased masticatory capacity, difficulty swallowing, salivary reduction, changes in taste. Leading to the impairment of the individual's global health. To know the main changes in the oral cavity of the elderly. The study was conducted through articles and literature reviews. It is expected that this study will direct dentists and dental professionals to the main changes found in the oral cavity with aging.

Keywords: Aging; Oral Manifestations; Oral Cavity.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado nos últimos anos em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a sociedade idosa no Brasil aumentará muito até 2025, representará a sexta maior posição. Países em desenvolvimento estão sofrendo uma transição com o aumento do número dessa população. Entretanto, essa transição não foi seguida por um ajuste na assistência da saúde pública bucal, em atender as necessidades da população idosa, o que resulta na perda da qualidade de vida dentária (DRAGO, 2018).

Figura 1 – Pirâmide etária do Brasil (Aumento da população idosa).



Fonte: censo2021.ibge.gov.br

Em geral, muitas doenças crônicas estão presentes nos idosos e isso normalmente está acompanhado de

alterações motoras e cognitivas, que podem acarretar diferentes graus de dependência para realização de atividades rotineiras, levando a uma diminuição da qualidade de vida (ARAÚJO; ANDRADE e PINTO, 2020).

No idoso a qualidade de vida está relacionada aos aspectos físico, social, psicológico e econômico, influenciando diretamente na saúde. Além disso, com o envelhecimento, o organismo passa por algumas transformações, e a boca geralmente reflete as condições em que essas pessoas viveram. Tais condições se apresentam por alterações na cavidade bucal, como as doenças periodontal e de cárie dentária, o acúmulo de biofilme dental, o edentulismo e a redução do fluxo salivar (SALES; FERNANDO NETO e CATÃO, 2017).

A saúde bucal é um componente essencial para a higidez do indivíduo, quando se discutem as condições de saúde da população da terceira idade tem sido esquecido pela população brasileira. O edentulismo é aceita pela sociedade, pelos odontólogos e pelas pessoas adultas, como algo normal e natural com o avanço da idade, o que é falso. Os serviços públicos possuem limitada capacidade de atendimento para crianças e adolescentes e no que se refere a adultos limitam-se a fazer exodontias (ROSA *et al.*, 1992).

Figura 2 – Edentulismo



Fonte: blog.carvvo.com.br

A associação entre ações de saúde bucal e o paciente tem impacto positivo na vida e saúde deste grupo quando realizada de forma contínua e correta, destacando-se, a importância do cirurgião-dentista e demais profissionais envolvidos neste cuidado e do fortalecimento das políticas em saúde. O modelo assistencial aos idosos precisa ser vigorado periodicamente, e a antiga atenção odontológica deve se renovar para buscar oferecer a este grupo melhor qualidade de vida, autocuidado e melhora na saúde bucal (ARAÚJO; ANDRADE e PINTO, 2020).

A aplicação de estratégias de promoção e prevenção de saúde, inclusive para os idosos, tem demonstrado informações proporcionando acesso ao diagnóstico precoce de doenças e o acompanhamento das mesmas, além disso o cirurgião-dentista está integrado em ações e promoção de saúde e possui atribuições como: assistência domiciliar, orientação de higiene oral e a realização do exame clínico, diagnóstico e tratamento no idoso dependente (BONFÁ *et al.*, 2017).

A áreas da odontologia voltada para o idoso é

reconhecida como a odontogeriatría. No entanto, é necessário também que os cirurgiões-dentistas fossem mais preparados na universidade, tanto para o atendimento no consultório como para desenvolver projetos públicos que promovam a saúde bucal dos idosos (ROSA *et al.*, 2008).

O cirurgião-dentista deve estar atento as modificações bucais que ocorre com o envelhecimento e suas patologias, assim deve ampliar seus conhecimentos na área da odontogeriatría, visto que o atendimento a esses indivíduos requer mais atenção no momento de se estabelecer o diagnóstico, bem como na execução do tratamento. Deve-se ter em mente que os idosos geralmente são portadores de várias alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento (ROSA *et al.*, 2008).

Algumas alterações bucais devem ser observadas na população idosa, como a diminuição da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, redução salivar, modificações no paladar. Levando ao comprometimento da saúde global do indivíduo (COSTA *et al.*, 2013).

OBJETIVOS

Objetivo primário

Relatar as principais patologias bucais no idoso.

Objetivos secundários

Identificar as necessidades da saúde oral do idoso e conhecer as principais patologias da cavidade do idoso.

REVISÃO DE LITERATURA

Relação cuidador e idoso

Os idosos com dependência total ou parcial para realização das atividades necessitam ser auxiliados por um cuidador. Muitas vezes, o cuidador é informal, como pai, mãe, esposa (o), filhos, entre outros. Além disso, eles podem comprometer a saúde bucal do idoso, devido ao restrito conhecimento sobre a boca e a dificuldade para realização da higienização da cavidade e de próteses (BONFÁ *et al.*, 2017).

O profissional formal é o profissional que fez um curso preparatório para exercer atividade de cuidador, assim, podendo praticar treinamento específico para cuidar dos idosos em domicílio ou instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou acompanhar o idoso em uma unidade de saúde, como hospitais, clínicas, posto de saúde e entre outros serviços (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

Os cuidadores de idosos têm a função de zelar pelo bem-estar e saúde, devendo estimular o autocuidado, o empoderamento e a autonomia de acordo com a individualidade de cada idoso. O cuidado com a saúde bucal também é responsabilidade do cuidador. A literatura mostra que cuidadores tem dificuldades em realizar a higiene oral de idosos dependentes, alguns fatores incluem recusa do idoso ao procedimento, medo de prejudicar o idoso, ausência de treinamento para a tarefa e até mesmo repulsa na execução higiene (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Nota-se, também, que os próprios pacientes idosos e seus cuidadores não percebem a importância

da saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico, apesar da falta ou da ausência total dos dentes (SALES; FERNADO NETO e CATÃO, 2017).

Atendimento odontológico ao idoso

No Brasil é comum a ausência de protocolos de procedimentos em idosos e a ausência de programas de orientação e capacitação dos cuidadores de idosos. Além disso, muitos profissionais odontológicos não possuem capacitação, faltando conhecimento e informações, tornando, assim, em um atendimento desconfortável e desgastante (SALES; FERNADO NETO e CATÃO, 2017).

Uma opção de prática odontológica para os idosos dependente é o atendimento domiciliar, que inclui um conjunto de ações preventivas e de mínima intervenção que tem como objetivo realizar a promoção de saúde bucal e orientar familiares e cuidadores (SALES; FERNADO NETO e CATÃO, 2017).

Figura 4 – Atendimento domiciliar.



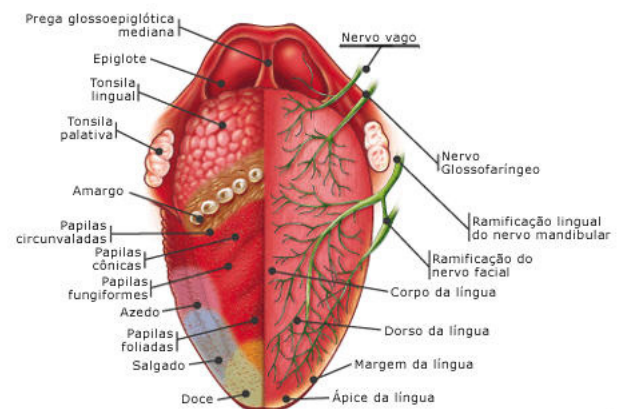
Fonte: clinicarestituindosonhos.com.br

Para um atendimento adequado dos idosos é necessário que haja comprometimento dos cuidadores, para que a higiene seja realizada de forma adequada nos pacientes que não possuam habilidade para executá-la sozinha, prevenindo enfermidades orais e melhorar a qualidade de vida destes clientes (ARAÚJO; ANDRADE e PINTO, 2020).

Características da cavidade oral do idoso

Com o processo do envelhecimento, surgem algumas alterações morfofisiológicas que dizem respeito à saúde bucal. A gustação sofre alteração devido à diminuição significativa dos botões gustativos nas papilas. Apresenta também uma redução no fluxo salivar e observa-se a presença de uma saliva mais viscosa. Ausência de oclusão posterior devido à perda dentária, doença periodontal avançada e autopercepção negativa da saúde bucal (COSTA *et al.*, 2013).

Figura 5 – Papilas gustativas.



Fonte: <https://stravaganzastravaganza.blogspot.com>

O periodonto de um paciente idoso também sofre alterações. A superfície do cemento apresenta maior irregularidade e há um aumento de espessura na porção apical do mesmo. O tecido ósseo fica mais frágil e também diminui a atividade de reabsorção e de formação óssea. No epitélio gengival ocorre um afinamento e diminuição da queratinização que podem indicar um aumento da permeabilidade do tecido e uma diminuição na sua resistência à infecção e ao trauma. Mobilidade dentária e recessão gengival também são alterações comuns nestes pacientes, bem como a presença de cálculo dentário e gengivite (COSTA *et al.*, 2013).

Figura 6 – Periodonto.



Fonte: odontoapeles.com.br

Alterações mais encontradas na cavidade oral do idoso

Com o envelhecimento aparece algumas alterações na cavidade bucal. Entre essas alterações podemos citar o edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia, redução da capacidade gustativa, entre outros (SALES; FERNADO NETO e CATÃO, 2017).

4.1 Edentulismo

É a perda dos elementos dentários, podendo ocasionar problemas na funcionalidade mastigação e deglutição, no psicológico e no social do idoso. É muito

comum na terceira idade e algumas causas para essa alteração pode-se citar o tabagismo, etilismo, má higiene oral, longos períodos de internação hospitalar e o baixo nível socioeconômico. Infelizmente a falta total de dentes ainda é aceita pela sociedade como algo normal com o avançar da idade (ALBENY; SANTO, 2018). Com isso, a reabilitação protética torna-se fator importante para o restabelecimento das condições bucais ideais do paciente (CARDOSO; LAGO, 2010).

O edentulismo no idoso pode refletir o efeito da prática odontológica não conservadora ao longo de sua vida (CARDOSO; LAGO, 2010). A falta dos dentes leva o paciente a manter uma dieta mais pastosa e rica em carboidratos, proporcionando um aumento do peso corporal, podendo levar ao desenvolvimento de doenças sistêmicas como a obesidade, a hipertensão arterial e diabetes (ALBENY; SANTO, 2018).

Figura 7 – Edentulismo.



Fonte: implantnewsporio.com.br

4.2 Cárie dentária

A cárie dentária é a alteração mais comum entre os indivíduos com sessenta anos ou mais, alguns fatores predisponentes para esse fato é a dificuldade motora no processo de higienização, higiene oral inadequada e acúmulo de placa, uso de dentaduras parciais, inadequada exposição ao flúor, dieta cariogênica, xerostomia e recessão gengival, expondo as superfícies radiculares ao meio oral (LEVINSKI *et al.*, 2017; ALBENY; SANTO, 2018). Além disso, a cárie é considerada a principal causa para a perda dentária (ALBENY; SANTO, 2018).

A cárie radicular é a mais frequente em idoso, por causa da recessão gengival e da raiz que fica exposta. A prevalência de cárie radicular é o dobro para indivíduos de 60 anos, em comparação com 30 anos (COSTA *et al.*, 2013).

Figura 8 – Cárie dentária.



Fonte: dentalnet.com.br

4.3 Doença periodontal

A doença periodontal é decorrente ao acúmulo de biofilme. Além disso, as mudanças ocorridas na dieta e a diminuição na quantidade de saliva promove um acúmulo mais rápido do biofilme na superfície dentária. A periodontite crônica na terceira idade é mais severa, pois fatores sistêmicos e a condição de saúde geral influenciam na progressão da doença. Perda dos dentes, doenças sistêmicas, tabagismo, etilismo e de acompanhamento odontológico contribuem para a progressão da doença periodontal. A doença periodontal promove a perda dentária, diminuindo a capacidade mastigatória do paciente, prejudicando funções do sistema estomatognático e o desenvolvimento de halitose (ALBENY; SANTO, 2018).

Considerava-se a idade como um fator de risco para o desenvolvimento da doença periodontal. No entanto, estudos mostram que a relação existente entre elas está mais relacionada a uma associação ao invés de causa/consequência. Além disso, a mobilidade dentária pode indicar algum comprometimento periodontal, já que a periodontite provoca reabsorção óssea, comprometendo os tecidos de sustentação dos dentes (CARDOSO; LAGO, 2010).

Figura 9 – Doença periodontal.



Fonte: implantes.wordpress.com

4.4 Xerostomia

O idoso sofre uma perda de 30% da produção de saliva, ocasionando uma diminuição no processo de lubrificação da cavidade oral. Essa alteração afeta a fala, a mastigação e a deglutição destes pacientes (ALBENY; SANTO, 2018). Observaram frequentes quadros de xerostomia em indivíduos idosos. A sensação de boca seca pode estar ligada ao uso de drogas anti-hipertensivas e digitálicos (SILVA *et al.*, 2011).

Dentre os medicamentos que contribuem para a redução de saliva pode-se citar os anti-hipertensivos, ansiolíticos, antidepressivos, anti-histamínicos e anticolinérgicos. Além desses medicamentos, existem procedimentos específicos que pode ocasionar essa alteração, como a radioterapia. Pode ser provocada, também, por alterações nas glândulas salivares; estas, por sua vez, diminuem a produção da amilase salivar, dificultando a deglutição e posterior digestão dos alimentos. As glândulas salivares, com o envelhecimento, sofrem um processo de degeneração avançada, provocando a diminuição da viscosidade e quantidade da saliva secretada (CARDOSO; LAGO, 2010; ALBENY; SANTO, 2018).

Figura 10 – Xerostomia.



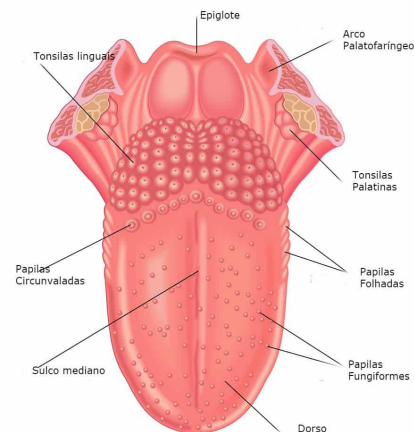
Fonte: semiologiamedica.blogspot.com

4.5 Redução da capacidade gustativa

A maioria dos idosos apresentam uma redução da capacidade gustativa por causa da diminuição na quantidade de papilas gustativas e pela saburra lingual, que ocorre devido ao acúmulo de restos alimentares e bactérias no dorso da língua. A presença dessa saburra pode estar relacionada com a halitose e a pneumonia aspirativa (ALBENY; SANTO, 2018).

A redução da capacidade gustativa é um fenômeno fisiológico, acomete cerca de 80% dos indivíduos. Essa perda gustativa pode também estar associada a uma má higienização. Com a melhora da higienização há um aumento da percepção do gosto doce e salgado pelo indivíduo (SILVA *et al.*, 2011).

Figura 11 – Capacidade gustativa.



Fonte: drauziovarella.uol.com.br

4.6 Lesões da mucosa oral

O processo de envelhecimento, pode gerar uma perda da morfologia gengival, tornando a mucosa oral atrofiada e friável. Ocasionalmente a diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos bucais e redução do suprimento sanguíneo prejudicando o processo de regeneração. Um exemplo de lesão muito comum no idoso é a estomatite protética, causada por desadaptação protética. Outras lesões que podem ser observadas em pacientes idoso são a hiperplasia fibroepitelial, úlceras traumáticas e a queilite angular (ALBENY; SANTO, 2018).

O câncer bucal é uma doença que se encontram entre os 50 e 60 anos de vida, e que apresentam o hábito tabagista e etilista. A incidência dessa doença traz complicações severas, sendo responsável direta por elevadas taxas de mortalidade. O autoexame aliado ao diagnóstico precoce são métodos preventivos que requerem um envolvimento multidisciplinar (ALBENY; SANTO, 2018).

4.6.1 Estomatite Protética

A estomatite protética (EP) é uma lesão eritematosa da mucosa bucal, diretamente relacionada a próteses removíveis. Cujas etiologia é bastante variável, podendo estar relacionada com deficiências nutricionais, diabetes, xerostomia, imunossupressão, placa bacteriana, presença de fungos e fatores mecânicos, além de estar associado a má higienização e a má adaptação (OLIVEIRA *et al.*, 2019; TRINDADE *et al.*, 2018).

Geralmente aparece no palato e na língua. Entretanto, pode ocorrer na região da mucosa jugal, a orofaringe, o fundo de saco vestibular e as partes laterais do dorso lingual. A estomatite protética é caracterizada histologicamente com um epitélio pavimentoso estratificado, podendo ser ceratinizado, envolvendo um tecido conjuntivo fibroso hiperplásico, contendo muitas fibras colágenas, muitas células inflamatórias crônicas e uma quantidade variável de vasos sanguíneos. Ao diagnosticar deve notar a presença de alte-

rações de cor, textura, sintomatologia, tipo, estado e função da prótese, e má higiene, podendo associar a exames complementares citológicos e histopatológicos (TRINDADE *et al.*, 2018).

No tratamento dessa lesão, o profissional cirurgião-dentista deve orientar o paciente a fazer uma boa higienização bucal e da prótese, remover a prótese durante a noite e colocar em uma solução de água com clorexidina e hipoclorito de sódio, ou se for necessário, reembasamento ou confecção de nova prótese (SILVA *et al.*, 2017; TRINDADE *et al.*, 2018). Em caso de candidíase bucal é indicado a terapia antifúngica. Caso não ocorra a melhora, é preciso prescrever medicamentos adequado para esse caso (TRINDADE *et al.*, 2018). Muitos dos medicamentos utilizados podem aliviar os sintomas e os sinais clínicos, mas não são suficientes para erradicar o fungo da prótese, podendo causar recidivas por reinfecção (SILVA *et al.*, 2017).

4.6.2 Queilite Angular

A queilite angular também pode ser conhecida como *perlèche*, comissurite labial e boqueira. Ela consiste em uma inflamação, fissuração e maceração dos ângulos da boca (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007). Sua origem é multifatorial, podendo descartar alguns fatores que pode ajudar a provocá-la, como o acúmulo de saliva ou de ação irritante de medicamentos e dentifrícios de prótese dentária (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007 e TRINDADE *et al.*, 2018).

Além disso, sua etiologia pode estar associada a agentes infecciosos (*Streptococos*, *Estafilococos* e *Candida albicans*); doenças dermatológicas (dermatite atópica, envolvendo a face e dermatite seborréica); deficiência nutricional (riboflavina, folato e ferro); imunodeficiência (HIV, diabetes mellitus, câncer, transplante); hipersalivação e fatores mecânicos provocando a perda da dimensão vertical de oclusão e também em casos pós extração, que pode acometer a queda do lábio superior sobre o inferior, na altura do ângulo da boca, como ocorre no processo normal de envelhecimento, no prognatismo, na ausência de dentes ou com o uso de próteses mal adaptadas (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007; TRINDADE *et al.*, 2018).

Essa lesão pode ocorrer em qualquer faixa etária, caracterizada pela sensação de secura e ardência, e visualmente apresenta preguiado e um tanto macerado, formando com o passar do tempo fissuras e rachaduras (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007).

O tratamento inicial consiste em medicação tópica e a não deglutição de alimentos ácidos, pois pode irritar o local da lesão. Logo após, deve ser diagnosticado o fator desencadeador da queilite angular, para que possa intervir (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007; TRINDADE *et al.*, 2018).

Além disso, deve ser feita a profilaxia da lesão e, se for o caso, a higienização adequada da prótese. Em alguns casos, há a necessidade de cirurgia para

o levantamento do ângulo da boca, com a finalidade de evitar o acúmulo de saliva nessa região (ALMEIDA; MELO e LIMA, 2007).

4.6.3 Hiperplasia Fibrosa

A hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) pode ser chamada de epúlida fissurada, tumor por lesão de dentadura, epúlida por dentadura e por hiperplasia fibrosa traumática. É causada por traumas associadas por prótese mal adaptadas, diastema, higiene bucal inadequada, aresta de dentes cortantes, manobras iatrogênicas profissionais, e prótese inadequada associada a infecções fúngicas, restaurações mal adaptadas, dentes fraturados, raízes residuais. Ela é caracterizada por uma massa tumoral de tecido conjuntivo fibroso, que se forma por causa de um trauma crônico de baixa intensidade (BARROS; CAMPOS e CABRAL, 2014; TRINDADE *et al.*, 2018).

Suas características em aspectos de consistência variam de firme a flácida à palpação, possui base sésil e raramente pediculada, pode se apresentar como um processo exofítico, ou como uma placa bem definida, a coloração varia da semelhança da cor da mucosa adjacente a eritematoso. Geralmente é coberto por um epitélio hiperparaqueratótico. Além disso, é uma lesão de crescimento lento e assintomático, com superfície lisa, dificilmente apresenta ulceração (BARROS; CAMPOS e CABRAL, 2014; TRINDADE *et al.*, 2018).

A hiperplasia fibrosa inflamatória é mais comum em adultos, pois a maioria dos casos está associada a próteses, tem a mesma probabilidade de se desenvolver na mandíbula e na maxila, e acomete mais as mulheres. Geralmente afeta a face vestibular da mucosa alveolar, porém pode acometer a face palatina/lingual. Na face palatina e consequência de irritação mecânica e de acúmulo de restos de alimentos infectados por microrganismos. O tamanho é bem variável, pode ser pequena ou grande (TRINDADE *et al.*, 2018).

O tratamento dessa hiperplasia pode ser conservador ou cirúrgico, vai depender da gravidade e quantidade do tecido que foi afetado. Nos casos mais graves é indicado uma excisão cirúrgica com margem de segurança (TRINDADE *et al.*, 2018). Em alguns casos específicos podem ser adotados tratamentos de microabrasão, uso de laser e crioterapia. Além disso, para ter certeza do diagnóstico de uma hiperplasia fibrosa inflamatória é necessária uma biópsia, para diferenciá-la de outras lesões como o lipofibroma e o neurofibroma (BARROS; CAMPOS e CABRAL, 2014).

4.6.4 Úlcera Traumática

Na úlcera traumática da mucosa bucal o paciente, normalmente, relata dor, principalmente ao comer. E apresenta uma etiologia multifatorial, podendo ser causada devido algum trauma presente, ou está associado a irritante externo, como, mordida da mucosa, lesão por escova dental, exposição da muco-

sa à cárie dentária, ou causada por irritação por prótese total removível (TRINDADE *et al.*, 2018).

Sendo mais comuns na língua, no lábio inferior e na mucosa jugal, em outras áreas como palato, fundo de vestibulo e gengiva podem ocorrer por fontes irritantes. Essa lesão é caracterizada por uma área central ulcerada recoberta, ou não, por membrana fibrinopurulenta amarelada destacável circundada por uma área eritematosa (NEVILLE *et al.*, 2016; TRINDADE *et al.*, 2018). Além disso, em alguns casos pode ser desenvolvida uma borda rígida esbranquiçada de hiperqueratose, próximo a ulceração (NEVILLE *et al.*, 2016).

A úlcera traumática pode ser aguda ou crônica, sendo diferenciado pelo tempo de ulceração e da sintomatologia (TRINDADE *et al.*, 2018). Podendo, também, ser classificadas como primária e secundária, sendo que a primária não antecede outra lesão, já a secundária se origina de lesões bolhosas ou vesiculosas, como, por exemplo, úlceras causadas por infecção de herpes simples (TRINDADE *et al.*, 2018).

Em casos de prótese removível, normalmente, essa lesão se apresenta no primeiro e segundo ano de uso de prótese, entretanto pode aparecer logo após a instalação, no período de adaptação, esse aparecimento precoce pode estar associado a moldagens incorretas e moldeiras inadequadas (TRINDADE *et al.*, 2018).

O tratamento para úlcera traumática, integra na remoção do agente causador e prescrição medicamentosa, como, corticoides, anti-inflamatórios tópicos, analgésicos, anestésico tópico e películas protetoras para aliviar a dor (NEVILLE *et al.*, 2016; TRINDADE *et al.*, 2018). Caso, após a correção ou substituição da prótese, a úlcera não cicatrizar em duas semanas, será necessário a realização de uma biópsia incisiva (TRINDADE *et al.*, 2018).

DISCUSSÃO

Segundo Drago (2018), a população da terceira idade vem aumentando. Acrescenta também, que em 2025 a sociedade idosa no Brasil representará a sexta maior posição mundial. Drago (2018) e Araújo, Andrade e Pinto (2020), concordam que esse aumento é devido a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, Drago (2018) e Rosa *et al.* (1992), ressaltam que esse acréscimo no número dessa população não foi seguido por um ajuste na assistência da saúde pública bucal, podendo ocasionar em uma perda da qualidade bucal.

Sales, Fernando Neto e Catão (2017), afirmam que a saúde geral do idoso e o seu envelhecimento influenciam diretamente na sua saúde bucal, apresentando alterações como doença periodontal, cárie dentária, o acúmulo de biofilme dental, o edentulismo e a redução do fluxo salivar. Araújo, Andrade e Pinto (2020), alegam que ações de saúde bucal tem impacto positivo na vida e saúde deste grupo quando realizada de forma contínua e correta. Contudo, de acordo com Rosa *et al.* (1992) os serviços públicos possuem limitada capacidade de atendimento

odontológico para adultos e limitam-se a fazer exodontias. Adicionam que, por causa dessa limitação, o edentulismo é visto como algo normal e natural com o avanço da idade. Sendo assim, Araújo, Andrade e Pinto (2020), discutem que atenção odontológica deve ser renovada para oferecer a este grupo melhor qualidade de vida, autocuidado e melhora na saúde bucal.

De acordo com Sales, Fernando Neto e Catão (2017), uma opção de prática odontológica para os idosos dependentes é o atendimento domiciliar, que inclui um conjunto de ações preventivas e de mínima intervenção. Bonfá *et al.* (2017), acrescentam que o cirurgião-dentista está associando ações de promoção de saúde e possui atribuições como: assistência domiciliar, orientação de higiene oral e a realização do exame clínico, diagnóstico e tratamento no idoso dependente.

Rosa *et al.* (2008), discutem que o cirurgião-dentista deve estar atento as modificações bucais que ocorre com o envelhecimento e suas patologias, visto que várias alterações são decorrentes do processo natural de envelhecimento. Araújo, Andrade e Pinto (2020) e Oliveira *et al.* (2019), argumentam que além dos cirurgiões-dentistas, os cuidadores são necessários para uma adequada saúde bucal dos idosos, pois muitas vezes, são eles responsáveis pelo acompanhamento da higienização bucal. Bonfá *et al.* (2017), relata que cuidadores informais (filhos, esposas, entre outros), podem comprometer a saúde bucal do idoso, devido ao restrito conhecimento sobre a boca e a dificuldade para realização da higienização da cavidade e de próteses.

De acordo com Costa *et al.* (2013) e Sales, Fernando Neto e Catão (2017), com o envelhecimento surgem alterações normais na cavidade bucal, como: diminuição dos botões gustativos nas papilas, redução no fluxo salivar, saliva mais viscosa. Costa *et al.* (2013), acrescentam que a superfície do cimento apresenta maior irregularidade e há um aumento de espessura na porção apical. O tecido ósseo fica mais frágil e diminui a atividade de reabsorção e de formação óssea. Albeny e Santo (2018), relatam que no epitélio gengival pode gerar uma perda da morfologia gengival, tornando a mucosa oral atrofiada e friável. Ocasionalmente a diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos bucais e redução do suprimento sanguíneo prejudicando o processo de regeneração. Costa *et al.* (2013), acrescentam que há a diminuição da queratinização que podem indicar um aumento da permeabilidade do tecido e uma diminuição na sua resistência à infecção, ao trauma.

Sales, Fernando Neto e Catão (2017), afirmam que as alterações mais frequentes na cavidade bucal no idoso são o edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia, redução da capacidade gustativa. Além disso, segundo Albeny e Santo (2018), por causa da diminuição da capacidade de recuperação da mucosa oral por alterações morfológicas normais e por outros múltiplos fatores, pode haver o aparecimento de lesões, as mais comuns são: estomatite protética, hiperplasia fibrosa epitelial, úlceras traumáticas e a queilite angular.

CONCLUSÃO

Durante o processo de envelhecimento o indivíduo desenvolve alterações fisiológicas normais na cavidade bucal, que são: a diminuição dos botões gustativos nas papilas, a redução no fluxo salivar, a saliva fica mais viscosa, existe a fragilidade do tecido ósseo que diminui a atividade de reabsorção e de formação óssea, a perda da morfologia gengival (tornando a mucosa oral atrofiada e friável) e a diminuição da queratinização que podem indicar um aumento da permeabilidade do tecido, diminuição na sua resistência à infecção e ao trauma. Além das alterações fisiológicas, há alterações e lesões na qual o idoso pode adquirir por consequência de vários fatores. Entre essas alterações podemos citar: edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia, redução da capacidade gustativa, estomatite protética, hiperplasia fibrosa epitelial, úlceras traumáticas e a queilite angular.

Sendo assim o cirurgião-dentista deve estar ciente das alterações fisiológicas e não fisiológicas que ocorrem na cavidade oral do idoso, além disso ele tem de ficar atento com fatores predisponentes das alterações e lesões mais comuns, para que possam agir na causa do problema. O profissional odontogerátrico deve trabalhar com todos os envolvidos da saúde do idoso, para que possa ter informações cruciais que ajudarão durante o tratamento, além de ter ajuda dos responsáveis e cuidadores na higienização oral do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALBENY, A. L.; SANTO, D. B. F. Doenças bucais que mais acometem o paciente na terceira idade: Uma revisão de literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.12, n. 42, p. 681-694, 2018.
- ALMEIDA, V. G. V.; MELO, G. M. S.; LIMA, G. A. Queilite angular: sinais, sintomas e tratamento. **International J.of Dent**, v. 6, n. 2, p. 55-7, 2007.
- ARAÚJO, A. S.; ANDRADE, M.; PINTO, F. M. A. G. Higiene e saúde bucal em idosos na atenção primária: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health**, v. Sup., n. 44, p. 1-9, 2020.
- BARROS, R. M. G.; CAMPOS, K. S. M.; CABRAL, L. M. Relato de caso clínico de hiperplasia fibrosa inflamatória. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v.35, n.2, p. 15-18, 2014.
- BONFÁ, K. *et al.*, Percepção de cuidadores de idosos sobre saúde bucal na atenção domiciliar **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 5, p. 651-660, 2017.
- BRASIL. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa** / Tomiko Born (organizadora) – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CARDOSO, M. B. R.; LAGO, E. C., Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. **Revista Paraense de Medicina**, v. 24, n. 2, p. 35-41, 2010.
- COSTA, A. N. F. *et al.*, As principais modificações orais que ocorrem durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**, v. 17, n. 3, p. 293-300, 2013.
- DRAGO, M. A. Saúde bucal do idoso: Revisão integrativa dos estudos na base de dados Scielo. **Caderno Saúde e Desenvolvimento.**, v. 13 n. 7, p. 58-75, 2018.
- LEVINSKI, E. *et al.* Atenção à saúde bucal do idoso institucionalizado por meio de ações de extensão universitária. **SALUSVITA**, Bauru, v. 36, n. 2, p. 393-408, 2017.
- NEVILLE, B. W. *et al.* **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- OLIVEIRA, C. S. *et al.* Saúde bucal de idosos dependentes e conhecimentos do cuidador: revisão integrativa. **Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 5, n. 1, p. 1743 – 1758, 2019.
- ROSA, A. G. F. *et al.*, Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev. Saúde Públ.**, v. 26, n. 3, p. 156-160, 1992.
- ROSA, L. B. *et al.*, Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008.
- SALES, V. G.; FERNADO NETO, J. A.; CATÃO, M. H. C. V., Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 3, p. 120-124, 2017.
- SILVA, E. M. M. *et al.* Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura. **Odonto**, v. 19, n. 37, p. 39-47, 2011.
- TRINDADE, M. G. F. *et al.* Lesões associada à adaptação e má higienização da prótese total. **Id On Line Revista de Psicologia**, v. 12, n. 42, pág. 956-968, 2018.