



**Hugo Roberto Lewgoy** Especialista, mestre e doutor pela Faculdade de Odontologia da USP; professor titular de biomateriais da Uniban Anhanguera; professor do Curso de Mestrado Profissional em Biomateriais da Uniban Anhanguera **Contato:** hugorl@usp.br

# A saúde oral como determinante do envelhecimento saudável

## TAKE HOME MESSAGE

- A cárie dental e as doenças gengivais são as doenças orais mais comuns. Elas acometem 80% da população mundial, sendo consideradas as maiores epidemias do planeta.
- Doenças cardiovasculares, endocardite bacteriana, acidente vascular cerebral, distúrbios gastrointestinais, infecções pulmonares crônicas, pneumonia nosocomial, diabetes e até

mesmo o câncer oral podem ser provocados ou agravados por essas doenças orais.

- Uma grande contribuição que o profissional clínico pode dar para a saúde oral dos seus pacientes idosos é indicar alguns caminhos e sempre aconselhar sobre a utilização de escovas dentais de boa qualidade, fio dental, escovas interdentais e limpadores de língua.

## Introdução

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Federação Dentária Internacional (FDI) e da Associação Internacional de Pesquisa Dental (IADR) indicam que as cáries atingem mais de 80% da população mundial – o equivalente a 5 bilhões de pessoas.

No Brasil, apesar dos esforços realizados pelo Ministério da Saúde, mais especificamente pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, os números também não são nada animadores. Outro ponto importante refere-se à saúde periodontal ou gengival da população brasileira. Estima-se que apenas dois em cada dez adultos têm as gengivas saudáveis, quadro que se agrava no caso dos pacientes idosos: mais de 90% deles necessitam de tratamento gengival. O Brasil também conta com 50 milhões de brasileiros com perdas dentais totais ou parciais.

Curiosamente, o Brasil concentra aproximadamente 10% de todos os cirurgiões-dentistas do planeta e a odontologia brasileira é reconhecida como uma das melhores do mundo.

Considerando o último censo do IBGE de 2010, que aponta para um aumento da expectativa de vida da população brasileira, além do número significativo de sexagenários já existentes (cerca de 21 milhões), pode-se imaginar uma condição de saúde oral da população idosa muito ruim, com projeções desfavoráveis. Outra grave constatação diz respeito à situação asilar no Brasil: é necessária uma completa reciclagem dos chamados cuidadores dos idosos e do corpo de

enfermagem, pois muitos pacientes geriátricos necessitam de cuidados especiais para a realização da higiene oral.

Esse quadro de falência da saúde oral contemporânea é decorrente de um modelo quase que exclusivamente curativo, sendo fundamental o engajamento de toda área de saúde para a prevenção das cáries e doenças gengivais.

A classe médica pode e deve participar ativamente desse movimento, pois não existe uma verdadeira condição de saúde geral sem a existência da saúde oral. As doenças orais interferem diretamente na instalação e progressão de inúmeras doenças sistêmicas, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes e podendo levar até ao óbito. Dessa forma, os médicos são importantes aliados da classe odontológica na missão de indicar para os seus pacientes os melhores caminhos para a prevenção dessas doenças orais ou ao menos considerar essa possibilidade em seu diagnóstico. No caso de pacientes idosos, essa questão é ainda mais presente: um envelhecimento saudável passa inexoravelmente por uma condição de saúde oral adequada.

## Doenças inter-relacionadas

A saúde dos idosos não deve ser medida apenas pela presença ou ausência de doença, mas principalmente pela manutenção da capacidade funcional. Porém, uma condição oral que indique a presença de processos inflamatórios e/ou infecciosos pode tornar os pacientes mais suscetíveis à instalação e manutenção de doenças sistêmicas

graves, gerando reflexos diretos em sua qualidade de vida.

Normalmente quando se aborda o tema saúde oral, imagina-se sempre algo localizado e restrito aos dentes ou, no máximo, à cavidade oral. Porém, além de problemas funcionais que refletem no organismo como um todo, tais como dificuldades mastigatórias que comprometem a digestão e trazem prejuízos para a absorção de nutrientes, aumentando o risco de anemia e desnutrição, as cáries e as doenças gengivais podem estar relacionadas a uma série de outras doenças e problemas sistêmicos.

Nos idosos, as cáries e as doenças gengivais geralmente se relacionam a doenças cardiovasculares, endocardite bacteriana, acidente vascular cerebral, distúrbios gastrointestinais, infecções pulmonares crônicas, pneumonia nosocomial, diabetes e até mesmo câncer oral. Essas doenças, principalmente o câncer oral, têm um caráter primário multifatorial, sendo causadas por uma associação de fatores predisponentes, com forte viés hereditário, mas entre os fatores associados encontram-se baixa qualidade de higiene oral e saúde oral precária.

Muitos microorganismos que são exclusivos da cavidade oral podem se disseminar para outras áreas do corpo através da corrente circulatória, provocando infecções em órgãos vitais. No AVC, por exemplo, as bactérias da doença periodontal podem contribuir diretamente para o processo de formação da placa de ateroma e trombose. Novos estudos sugerem a relação entre a presença de marcadores do processo inflamatório, como a proteína C-reativa (CRP), e episódios de bacteremia através da contaminação por microorganismos comuns as doenças gengivais, com a incidência de aterosclerose e doenças cardiovasculares.

Deve-se acrescentar que diversos estudos encontraram bactérias periodontais (*Porphyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Tannerella forsythensis*, *Treponema denticola*, *Fusobacterium nucleatum ssp.* e *Prevotella intermedia*) em placas ateromatosas de pessoas que sofreram AVC. Além disso, diversas pesquisas demonstram índices acima de 40% relacionando pacientes com problemas periodontais e presença de endocardite bacteriana. No que diz respeito ao diabetes mellitus, considera-se que essa doença tenha relação com a instalação e a progressão da doença periodontal, mas também pode sofrer influência dela, pois a doença periodontal altera o metabolismo da glicose, facilitando a instalação e dificultando o controle do diabetes.

No campo das emergências e infecções hospitalares, estudos realizados em pacientes de UTI demonstraram que a simples higiene oral poderia diminuir a incidência de mortes por infecção pulmonar nosocomial, pois os microorganismos da boca podem ser inoculados nos pulmões em procedimentos de intubação (IOT) e/ou aspiração pulmonar, realizados em forma emergencial. Também em pacientes com úlcera gástrica e periodontite foi detectada a presença do microorganismo *Helicobacter pylori* no biofilme oral, que pode ter sido a fonte de contaminação estomacal. Na realidade, os microorganismos da cavidade oral podem atingir órgãos nobres, como coração, fígado, baço, rins, estômago, intestino e pulmões. Quando prevenimos as cáries e as doenças gengivais, prevenimos também diversas doenças e problemas sistêmicos de grande relevância.

Realizar a higiene oral da forma adequada e prevenir as doenças orais são pontos que devem ser observados e auxiliam na manutenção

da saúde geral. Vale ressaltar que o objetivo não é diminuir a importância de fatores de risco clássicos, como colesterol, idade, sexo, fumo, álcool, pressão arterial etc., mas acrescentar um fator de risco a ser considerado na avaliação de risco para essas doenças.

O tratamento das doenças gengivais pode variar desde profilaxia, passando pela raspagem, alisamento e polimento da coroa e raiz dental, até a necessidade de curetagem da bolsa gengival e periodontal. Muitas vezes, em casos mais refratários, também é necessário algum tipo de tratamento cirúrgico. Quem decidirá sobre isso é o cirurgião-dentista responsável pelo tratamento, mas os cuidados com a higiene oral farão parte de qualquer uma das condutas terapêuticas adotadas.

“

Um envelhecimento saudável passa inexoravelmente por uma condição de saúde oral adequada. ”

### Biofilme oral

O biofilme é uma entidade que se forma em qualquer superfície não descamativa exposta à presença de água e/ou umidade. Sobre as pedras de um rio, dentro das pias, vasos sanitários, encanamentos, pisos e até dentro dos vasos sanguíneos forma-se um tipo de biofilme.

O biofilme oral, também conhecido como placa bacteriana ou simplesmente placa dental, é um exemplo desse processo, sendo representado por uma massa amorfa que se forma continuamente no ambiente úmido da boca. Ela se inicia pela deposição de uma espécie de membrana, denominada película adquirida, formada principalmente pela mucina, que é uma proteína salivar. Posteriormente aderem-se oleosidades presentes na cavidade oral, microorganismos, elementos sanguíneos, resíduos alimentares (principalmente hidratos de carbono, representados pela sacarose) e restos celulares provenientes da descamação das mucosas. O biofilme se deposita continuamente sobre todas as superfícies dentais.

Se esse biofilme oral não for desorganizado diariamente de forma mecânica com escovação, uso do fio dental e utilização das escovas interdentais, ocorrerão a cárie dental e as doenças gengivais.

Hoje em dia, sabe-se que existem mais de 600 diferentes tipos catalogados entre bactérias, fungos, leveduras, protozoários e vírus que podem compor a flora bacteriana da cavidade oral. Em condições normais, essa flora bacteriana forma um ecossistema equilibrado que, além de auxiliar diversos processos fisiológicos, contribui na proteção contra patologias ou doenças oportunistas que tentam invadir o organismo através da boca.

Portanto, imaginar a destruição total desses microorganismos com a utilização de antissépticos ou enxaguatórios orais seria um grande

erro. Os microrganismos não são os vilões da história. O que não pode ocorrer é que eles se proliferem de forma desequilibrada, tornando-se patológicos. O problema só ocorre quando esse biofilme oral não for desorganizado de forma regular e sistemática por meio da higiene oral mecânica.

Nesse caso, os microrganismos que utilizam os açúcares como fonte de energia promovem um processo de fermentação, tornando o pH oral ácido e provocando a desmineralização dos dentes. Além disso, produzem toxinas que causam a fragilização e a inflamação das gengivas através de um processo de proteólise.

A falta de desorganização do biofilme oral e a sua fixação em camadas acaba produzindo um verdadeiro exército de microrganismos. Com a redução do oxigênio nas suas camadas mais profundas e internas ocorre, por exemplo, a proliferação desequilibrada das bactérias gram-negativas anaeróbias, responsáveis pelas infecções gengivais. O processo inflamatório se agrava e um processo infeccioso com a colonização de microrganismos nas chamadas bolsas periodontais tornam os pacientes suscetíveis a uma série de doenças sistêmicas graves.

As duas principais doenças gengivais são a gengivite e a periodontite.

A gengivite é o primeiro estágio da doença gengival e se manifesta como uma reação inflamatória ante a presença da placa bacteriana. Ela ocorre devido ao biofilme que se forma principalmente nas margens das gengivas junto da região do colo dental. Com a progressão da gengivite e o agravamento da doença, o tecido adjacente de suporte do dente também é atingido (osso, cimento radicular e ligamento periodontal). Nesse caso a gengivite evolui para periodontite (segundo estágio da doença gengival), o que acaba provocando problemas mais sérios, como sangramento intenso, retração gengival, mobilidade dental e até mesmo a perda do elemento dental.

Um leve sangramento já ocorre nos estágios iniciais da gengivite, principalmente durante a higiene oral, e é um importante indicativo para que se procure a orientação de um cirurgião-dentista especializado. No estágio de gengivite, os danos podem ser totalmente revertidos com a correta orientação e pela simples utilização de produtos adequados à higiene oral.

Os principais sinais e sintomas da gengivite são caracterizados pela presença de gengivas inflamadas e seus indicativos clássicos, como rubor, calor e dor. Normalmente, a dor não é espontânea e só ocorre quando existe algum estímulo ao toque, o que pode ser um problema, já que as pessoas normalmente associam a presença de algo errado com a ocorrência da dor. Como a gengivite é assintomática, ela acaba sendo detectada apenas em estágios mais avançados, quando os danos já são maiores.

As características inflamatórias podem aparecer em conjunto ou isoladamente e normalmente as gengivas perdem a sua característica de coloração rosa pálido, com aspecto pontilhado (como o da casca de uma laranja), com consistência firme e bem aderida. A gengiva normalmente torna-se mais avermelhada, intumescida, flácida e com sangramento espontâneo ou provocado durante a higienização. Gengivas que sangram durante a escovação, com o uso do fio dental e principalmente com o uso das escovas interdentais indicam a presença de inflamação.

Alguns pacientes podem apresentar ainda mau hálito e gosto

ruim na boca, mesmo que a doença não esteja em seu estágio mais avançado (periodontite), pela liberação de gases no processo de fermentação do biofilme que está localizado entre os dentes (região proximal). Outro sinal da doença é o recuo da gengiva dando a impressão de dentes alongados. Na realidade, ocorrem reabsorção óssea, retração gengival e exposição do colo dental, e isso já sinaliza um agravamento da doença.

Em estágios mais avançados, formam-se bolsas na região do sulco gengival (aprofundamento do espaço localizado entre o dente e a gengiva), que tornam a desorganização da placa bacteriana uma tarefa mais difícil. Também podem ocorrer mudanças na articulação dental (forma de encaixe dos dentes durante a mordida ou mastigação) devido à movimentação dos dentes quando os tecidos de suporte são atingidos. A liberação de algum tipo de exsudato ou secreção purulenta ao redor dos dentes e na região do sulco ou bolsa periodontal também é um sinal clássico de agravamento do problema e indica a presença de processo infeccioso.

“

O atual quadro de falência da saúde oral contemporânea é decorrente de um modelo [...] curativo. É preciso maior engajamento [...] em prevenção. ”

### Problemas odontológicos nos idosos

Algo que precisa ser fortemente combatido é o estigma de que perder os dentes na terceira idade é algo normal e que não pode ser evitado. É perfeitamente possível passar a vida toda com os dentes naturais, apenas com cuidados simples de higiene oral.

Há algum tempo as pessoas trocavam os dentes naturais pela prótese total, popularmente chamada de “dentadura”. Atualmente essa troca continua ocorrendo, porém, a substituição se faz em detrimento dos implantes dentais. Estima-se que em 2011 tenham sido realizados cerca de 2 milhões de implantes odontológicos no Brasil. O mais grave é que existe uma certeza em torno de 95% de que a perda dental tenha ocorrido em decorrência de cárie e doença gengival.

Nesses casos, há risco de haver a perda do implante também, pois os problemas inflamatórios e infecciosos vão se instalar da mesma forma pela falta de higienização. Em pouco tempo teremos um verdadeiro exército de pessoas com implantes odontológicos, e as doenças peri-implantares, denominadas mucosites e peri-implantites (que são tão prejudiciais quanto as gengivites e periodontites), também se tornarão muito significativas. Tais infecções são até mais perversas, pois pelas características da osseointegração dos implantes não existem sinais e sintomas tão evidentes como a mobilidade dental, que sempre estará presente no caso dos dentes naturais. Os implantes, mesmo acometidos por infecções peri-implantares, per-

manecem fixos até estágios muitos avançados de infecção e perda óssea, comprometendo ainda mais a saúde geral das pessoas.

Quase a totalidade dos idosos apresenta uma grande quantidade de biofilme oral sobre os dentes remanescentes. Os problemas periodontais e a presença de cáries radiculares são muito frequentes e na maioria das vezes evidentes. Os usuários de prótese total (PT) e também de próteses parciais removíveis (PPR) normalmente apresentam os aparelhos desadaptados e soltos, além da presença de estomatite protética, que se caracteriza pela presença de lesões de aspecto eritematoso difuso ou pontilhado sobre as mucosas de suporte das próteses. No caso de próteses fixas e próteses implanto-suportadas, o acúmulo de biofilme oral também compromete a longevidade dos trabalhos, pois funcionam como nichos inacessíveis de retenção de biofilme oral. Muitas vezes, pode também estar presente a hipersensibilidade dentinária, que ocorre justamente em decorrência da retração gengival, normalmente agravada pela utilização de escovas muito duras, pastas abrasivas e uma técnica de escovação horizontal.

Outros problemas comuns localizados na cavidade oral dos idosos são as lesões leucoplásicas, candidose ou candidíase e líquen plano. No caso de pacientes que receberam tratamento radioterápico, podem existir raízes residuais e presença de sobredentaduras. Normalmente esse idoso tem como sequelas alterações teciduais, sensação de ardência e queimação nas mucosas orais e grande sensibilidade dolorosa, sendo sempre necessário o acompanhamento por equipe especializada.

A halitose é uma grande queixa dos idosos. Ela pode ter causas multifatoriais, porém mais de 90% das halitoses estão relacionadas com fatores localizados na boca, principalmente pela presença de um tipo de placa bacteriana formada sobre a língua denominada de saburra lingual. Essa saburra sofre um processo de fermentação semelhante ao que ocorre no biofilme oral e provoca a liberação de gases derivados do enxofre (CSV – Compostos Sulfurosos Voláteis), que, além de ocasionarem um odor muito desagradável na boca, favorecem a fragilização tecidual e a inflamação gengival. Ou seja, que tem halitose tem uma maior propensão às gengivites e periodontites.

O grande número de medicamentos que os pacientes geriátricos tomam por dia – principalmente anti-inflamatórios, ansiolíticos, antidepressivos, reguladores de pressão arterial, medicações para controle do diabetes e medicações para artrite/artrose – provocam em 70% dos casos a xerostomia, em que ocorre a interrupção ou diminuição do fluxo salivar. A xerostomia é uma das principais responsáveis pela halitose nos pacientes idosos, pois sem a lubrificação natural da saliva o processo de autolimpeza é diminuído, além de a descamação das mucosas orais ser intensificada, provocando o aumento na formação da saburra lingual.

A solução é realizar diariamente a higienização da língua e a remoção da saburra lingual com limpadores de língua, além de muitas vezes ser necessária a utilização de produtos lubrificantes orais, do tipo saliva artificial.

É importante frisar que a limpeza da língua deve ser realizada com os chamados higienizadores linguais plásticos, que removem a saburra lingual sem machucar a língua e sem provocar ânsia e náuseas, de uma forma muito mais eficiente do que as escovas normais.

Os bochechos com enxaguatórios orais mascaradores de hálito à

base de álcool não devem ser utilizados, pois, além de provocarem a dessensibilização das papilas gustativas (aumentando a necessidade dos idosos em acrescentar sal e açúcar nos alimentos), acabam aumentando ainda mais a descamação das mucosas e auxiliando a inibição das glândulas salivares.

Uma grande contribuição que o profissional clínico pode dar para a saúde oral dos seus pacientes idosos é indicar alguns caminhos e sempre aconselhar sobre a utilização de escovas dentais de boa qualidade, fio dental, escovas interdentais e limpadores de língua.

### Higiene oral

A preocupação com a higiene oral na história da humanidade é muito antiga e remonta à época dos homens das cavernas. A saúde oral sempre foi um indicador de força e aptidão para o trabalho. Na época da escravidão os homens eram considerados aptos ao trabalho pesado quando tinham os dentes saudáveis.

É bom que se frise que um indicador preciso para a mensuração da condição de saúde oral é a verificação do grau de higienização oral. Não há saúde oral sem higiene oral. Nesse sentido, quem provocou uma verdadeira revolução nos conceitos sobre higienização oral foram os países escandinavos (Noruega, Dinamarca, Suécia e Finlândia), que introduziram de forma mais efetiva a utilização das escovas interdentais e praticamente erradicaram a incidência da cárie e das doenças gengivais. Os países germânicos (Alemanha, Áustria e Suíça) seguiram esse modelo, restando ao resto do mundo acordar para essa realidade.

Uma rotina que deveria ser incorporada à prática do exame clínico no paciente idoso é, no momento da inspeção da boca e orofaringe, o profissional clínico atentar-se para a presença do biofilme oral sobre os dentes e sobre a condição clínica das gengivas. O aconselhamento sobre a utilização de escovas dentais de boa qualidade (sempre com grande quantidade de cerdas ultramacias) e a utilização de acessórios como fio dental e escovas interdentais também é bem-vindo.

### Uma nova filosofia de prevenção

Nos últimos anos, a prevenção em saúde oral tem caminhado de forma muito rápida e a evolução nessa área tem sido imensa. Porém, ainda é necessário um processo de reeducação em higiene oral, de forma a possibilitar a aquisição de novos hábitos e costumes voltados para uma higiene oral mais seletiva.

Uma possibilidade nessa direção é a filosofia *iTOP – individually Taught Oral Prophylaxis* de higiene oral. Essa filosofia foi idealizada em 2004 pelo professor Jiri Sedelmayer, da Universidade de Hamburgo, Alemanha, e se baseia na desorganização da placa dental através de uma higiene oral eficiente, atraumática e de fácil aceitação. É a higienização individualizada dente a dente, espaço por espaço de todos os nichos possíveis de retenção do biofilme oral.

A filosofia *iTOP*, além de sistematizar a forma mecânica pela qual a higiene oral deve ser realizada, indicando os melhores instrumentos para garantir a desorganização do biofilme oral, busca quebrar paradigmas e barreiras culturais, como a ideia de que realizar a higiene oral em público é falta de educação ou que ela só deva ser realizada em banheiros ou locais fechados.

O conceito de que a higiene oral só pode ser realizada se existirem pia, água e pasta dental muitas vezes acaba por dificultar esse hábito.

Os valores da sociedade em relação à higiene oral devem ser ajustados de forma a garantir a higiene oral completa.

Orientações muito simples e objetivas podem contribuir de forma inestimável para a prevenção das doenças orais e para a melhoria das condições de saúde geral da população, em especial da população idosa.

## Acessórios para higiene oral

### Escovas dentais

Uma boa técnica de escovação preconiza a realização de movimentos vibratórios circulares com uma inclinação de 45° em relação à superfície dental, fazendo que as cerdas da escova fiquem metade recobrindo a superfície dental e metade recobrindo a gengiva. Esse posicionamento possibilita a leve introdução das cerdas no sulco gengival, local onde o biofilme oral mais se acumula.

Esses pequenos movimentos vibratórios circulares devem ser executados por pelo menos dez vezes em cada face do dente. Essa técnica, no entanto, não pode em hipótese alguma ser realizada com escovas duras, devendo-se utilizar sempre escovas do tipo ultramacias com uma grande quantidade de cerdas.

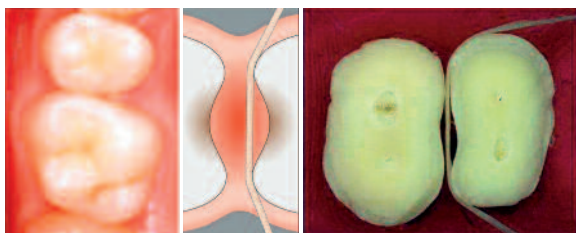


Escovação pela técnica de Bass com escova ultramacia

### Fio dental

O fio dental é um poderoso aliado para prevenção das doenças orais, porém, devido ao fato de a região localizada entre os dentes ser côncava, ele não é 100% eficiente.

O fio dental é excelente para a remoção de detritos alimentares e para a higienização de áreas onde o contato é muito apertado, como a região localizada entre os dentes anteriores inferiores, que possuem uma superfície mais plana.

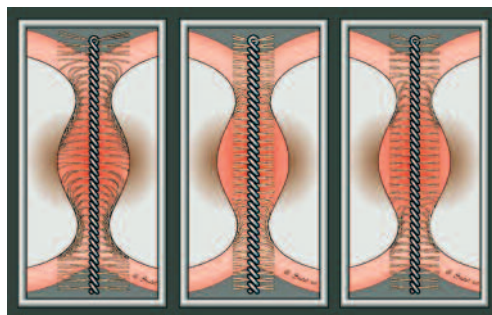


Áreas proximais côncavas inacessíveis ao fio dental

### Escovas interdentais

O uso das escovas interdentais é imprescindível para higienizar a região proximal. Para a escovação da região localizada entre os dentes é fundamental a utilização de uma escova interdental do tipo Prime. Apenas as escovas interdentais conseguem remover ou desorganizar a placa bacteriana dessa área de forma completa.

A principal diferença entre as escovas interdentais Prime e as outras é que as primeiras têm um maior diâmetro de efetividade, alcançando completamente essas concavidades e/ou irregularidades localizadas na região proximal.



Escova interdental do tipo Prime para limpeza completa da área proximal

Inicialmente, quando a escova interdental é inserida pelas primeiras vezes nos espaços interdentais, é frequente que a gengiva sangre e cause certo desconforto doloroso. Isso não é motivo para preocupação, pois não significa que se tenha machucado a gengiva, mas sim que existe uma inflamação prévia causada pela placa bacteriana.

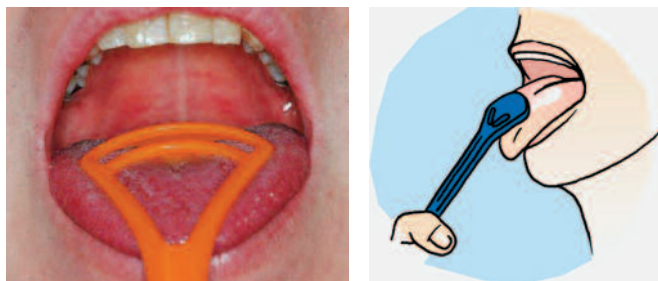
Só ocorrem sangramentos nas gengivas quando elas estão inflamadas pela presença da placa bacteriana ou quando se utiliza uma escova com diâmetro inadequado. Ao utilizar a escova interdental corretamente, o problema se resolverá naturalmente após um período de dez a quinze dias.

Uma recomendação importante é sobre a correta técnica de utilização das escovas interdentais. A inserção das escovas em cada espaço interproximal deve ser feita diariamente, porém, deve-se apenas inserir e remover o dispositivo. Não há necessidade de escovação forçada e repetida para a frente e para trás, com movimentos forçados e repetitivos de vai e vem, pois isso pode causar injúrias ao periodonto, ocasionando as indesejáveis retrações e a formação de espaços escuros entre os dentes (black space). Apenas escovas interdentais ultrafinas e resistentes podem ser inseridas em todos os diferentes diâmetros de espaços interdentais dos pacientes sem provocar in-

júrias ou traumas, realizando a completa desorganização do biofilme dental por toda a superfície proximal.

### Higiene complementar da língua

A limpeza da língua deve ser realizada diariamente com um movimento suave da região posterior para a anterior para a remoção da saburra lingual. Esse procedimento auxilia o combate da halitose de uma forma natural e duradoura sem a necessidade de utilização de produtos químicos e deve fazer parte do rol de procedimentos visando a higiene oral dos pacientes idosos.



Limpeza da língua com higienizador plástico para remoção da saburra lingual

### Conclusões

- O controle mecânico da placa bacteriana é o método mais valioso utilizado para a prevenção das doenças orais. Esse método promove a desorganização do biofilme oral (causador das cáries e doenças gengivais), baseado na escovação e utilização do fio e das escovas interdentais;
- Adicionalmente, a higiene oral do idoso deve contemplar a limpeza da língua para o controle da halitose;
- Os antissépticos promovem o chamado controle químico do biofilme oral, mas só devem ser utilizados em casos específicos e sempre sob orientação profissional. Quando a desorganização da placa é realizada de forma eficiente, os enxagatórios orais são totalmente dispensáveis;
- A prevenção da cárie e de doenças gengivais pode evitar a instalação e auxiliar o tratamento de uma série de doenças sistêmicas, apenas através da instituição de procedimentos relativamente simples de higiene oral.

### Referências bibliográficas

1. Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J. Bras. Pneumol*, vol.35 n.11, p. 1116-24, 2009.
2. Axell T. The oral mucosa as a mirror of general health or disease. *Scand J Dent Res*, v.100, n.1, p.9-16, 1992;
3. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontologia geriátrica e o Novo Século. In: Brunetti, RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics – Noções de Interesse Clínico*. São Paulo: Artes Médicas, p.27-52, 2002;
4. Dolan TA, Gilbert GH, Duncan RP, Foerster U. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and White middle-aged and older adults. 5. *Commun. Dent. Oral Epidemiol*, v.29, n.5, p.329-40, 2001;
5. Elkind MS, Cole JW. Do common infections cause stroke? *Semin Neurol*, v. 26, p.88-99, 2006;
6. Fagundes JA, Monoo LD, Euzébio Alves VT, Pannuti CM, Cortelli SC, Cortelli JR, et al. Porphyromonas gingivalis is associated with protease-activated receptor-2 up-regulation in chronic periodontitis. *J Periodontol*, v.82, p.1596-601, 2011;
7. Furuichi Y, Lindhe J, Ramberg P, Volpe AR. Patterns of the new plaque formation in the human dentition. *J Clin Periodontol*, v. 19, p. 423-33, 1992;
8. Gilbert GH, Duncan RP, Dolan TA, Foerster U. Twenty-four month incidence of root caries among a diverse group of adults. *Caries Res*, v.35, p. 366-75, 2001;
9. Graves RC, Disney JA, Stamm JW. Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding. *J Periodontol*, v.60, p. 243-247, 1989;
10. Hanson BS, Liedberg B, Öwall B. Social network, social support and dental status in elderly Swedish men. *Commun. Dent. Oral Epidemiol*, v.22, n.51, p.331-7, 1994;
11. Hill EG, Slate EH, Wiegand RE, Grossi SG, Salinas CF. Study design for calibration of clinical examiners measuring periodontal parameters. *J Periodontol*, v.77, n.4, p.1129-41, 2006;
12. Kebschull M, Demmer RT, Papapanou PN. "Gum Bug, Leave My Heart Alone!" Epidemiologic and Mechanistic Evidence Linking Periodontal Infections and Atherosclerosis. *J Den Res*, v.89, n.9, p.879-902, 2010;
13. Lee EEJ, Thomas CA, Thuy VU. Mobile and portable dentistry: alternative treatment services for the elderly. *Spec. Care Dent*, v.21, n.4, p.153-5, 2001;
14. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol*, v.36, p.177-87, 1965;
15. Mandel ID. Dental plaque: Nature, formation, and effects. *J Periodontol*, v. 37, p. 357-67, 1966;
16. Noorlin I, Watts TL. A comparison of the efficacy and ease of use of dental floss and interproximal brushes in a randomised split mouth trial incorporating an assessment of subgingival plaque. *Oral Health Prev Dent*, n.5, n.1, p.13-8. 2007;
17. Person GR. Rheumatoid arthritis and periodontitis inflammatory and infectious connections. Review of the literature. *J Oral Microbiol*, v.4, p.10, 2012;
18. Sedelmayer J. Die Solotechnik - Eine andere Art die Zähne zu putzen. In: Wolf HF, Edith M, Rateitschak KH. *Parodontologie*. Thieme, 3rd edition, page 229, 2004;
19. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Commun. Dent. Oral Epidemiol*, v.30, n.4, p.241-7, 2002;
20. Wolff D, Joerss D, Dörfer CE. In vitro-cleaning efficacy of interdental brushes with different stiffness and different diameter. *Oral Health Prev Dent*, v.4, n.4, p.279-85, 2006.