

Abordagem Sistemática para o atendimento Odontológico em Instituições Geriátricas

Systematic Approach for Dental Attendance In Geriatric Institutions

Data Recebimento
09/03/2001
Data Aceitação
27/03/2001

Dalva Maria Pereira Padilha*, Eduardo Dickie de Castilhos**,
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello**

RESUMO

A abordagem sistemática apresentada é um programa que propõe uma perspectiva metodológica para monitorar a saúde bucal, prevenir doenças bucais e também tratar aqueles problemas orais e dentais acumulados. O objetivo deste trabalho é propor uma metodologia para tratamento de idosos institucionalizados. O estado de saúde bucal e o estado geral, médico e comportamental dos indivíduos são usados como indicadores de uma cronologia de atenção primária, secundária e terciária de atendimento odontológico.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia Geriátrica. Idosos. Prestação de cuidados de saúde

INTRODUÇÃO

A demanda por instituições de longa permanência tem aumentado, acompanhando o processo de envelhecimento do conjunto da população. (OMS, 1974).

Em Porto Alegre, no final do ano de 2000, 2113 idosos residiam nas 111 instituições geriátricas em funcionamento no município. Destas, 78 foram consideradas de pequeno porte e recebiam 44,24% idosos. As 18 de médio porte assistiam 26,84%, enquanto 8 de grande porte abrigavam 10,73% e as 4 de porte especial eram responsáveis por 18,19% dos idosos institucionalizados. Não puderam ser levantados os dados de três casas. A taxa de institucionalização alcançava à época 1,44%. Um dos asilos privados conta com um consultório odontológico e um dentista contratado para atender 60 residentes. Duas casas filantrópicas recebem atendimento provido por duas faculdades de odontologia do município, atendendo 360 idosos. (MELLO et al., 2000)

O atendimento odontológico de idosos institucionalizados é uma necessidade em todo mundo. O acesso destes pacientes à odontologia preventiva e restauradora é objeto de muitos estudos e normatizações. O objetivo deste trabalho é apresentar uma perspectiva de normatização de tratamento odontológico para pacientes institucionalizados, através da sugestão da implementação de uma abordagem sistemática de atendimento dentro da instituição, bem como do estabelecimento de

uma cronologia de atendimento dos pacientes dentro e fora desta.

REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com PINTO(1992) um programa de atenção odontológica para idosos deveria ser desenvolvido considerando esta população, além de idosa, institucionalmente confinada. Entende-se por institucionalmente confinados, pessoas idosas, enfermas ou deficientes que necessitam de ajuda e vivem permanentemente ou por longos períodos isoladas da sociedade.

Esta abordagem sistemática constitui um método de trabalho que visa o completo atendimento odontológico de uma população, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridade em relação à idade e problema. Basicamente é composto por um programa preventivo, que visa controlar a incidência de problemas odontológicos, um programa curativo para sanar os problemas presentes e também de um programa educativo servindo de apoio para as demais ações.

Este instrumento está baseado em um cuidadoso diagnóstico individual das condições médicas, bucais e sociais dos sujeitos a serem atingidos dentro de uma instituição. Esta também deve sofrer um diagnóstico de maneira que seja estabelecido a priori as reais condições (de ins-

talação, de equipamento, e de pessoal para a manutenção) de implementação e desenvolvimento de um plano desta natureza.

O diagnóstico inicial é a primeira etapa desta abordagem e busca identificar o status de saúde bucal do indivíduo dentro do grupo a ser atingido. KNABE et al. (1997) listam diversos parâmetros a serem examinados concernentes a saúde bucal de idosos. São os seguintes: número e condições das peças dentárias; higiene oral; presença de dor e desconforto; morfologia do rebordo alveolar; condições da mucosa; atm; click; dor; deslocamentos dentais; próteses totais; tipo de prótese - completa, parcial, ou nenhuma; idade; retenção e estabilidade; dimensão vertical; estética; necessidade de alterações; satisfação do paciente; hábitos de higiene; frequência de visitas ao dentista; necessidade de tratamento; desejo de tratamento e consultas de rotina e disposição ao tratamento.

Além destes parâmetros, BUDTZ-JORGENSEN e MOJON (1997) inclui em seu protocolo inicial a avaliação periodontal através do IPC (Índice Periodontal Comunitário), bem como questões relativas à presença de dor durante a mastigação e dores musculares presentes durante a palpação da musculatura do sistema estomatognático.

Os aspectos relativos à presença de xerostomia e queimação bucal devem ser avaliados a partir de testes de fácil ex-

*Doutora em Estomatologia pela PUC-RS - Professora da Disciplina de Odontogeriatrics - UFRGS

** Mestrandos em Odontologia - Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS

ção e/ou questionamento direto com perguntas de fácil resposta. Finalmente, parâmetros relativos à presença de sinais ou sintomas decorrentes de efeitos colaterais de medicamentos bem como uma listagem destes também deve ser levantada. Isto constitui uma fonte rica de informações relativas a saúde geral do paciente e em certos casos é considerado um dos determinantes de sua possibilidade ou não de receber tratamento odontológico.

Após o diagnóstico inicial, uma planificação de tratamento deverá remeter o enquadramento dos pacientes nos níveis de atenção compatíveis ao seu status de saúde bucal.

A primeira etapa de planificação propriamente dita leva em conta uma série de variáveis, bem caracterizadas por JONHSON et al. (1997), e que incluem entre outras a seguir: alterações bucais relacionadas com a idade; status dentário e mastigatório; necessidades estéticas; potencial iatrogênico e limitações do tratamento odontológico; uso de medicamentos; status cognitivo; aspectos financeiros; hábitos de consulta ao dentista; presença e extensão de doença bucal; eliminação de dor e infecção; status de saúde geral e funcional; destreza, mobilidade e status neuromuscular; expectativa de vida; convicções e atitudes do paciente quanto ao tratamento, higiene, etc.; qualidade de vida; acesso ao tratamento odontológico e motivação.

Segundo MOJON et al. (1994) a identificação de necessidade de tratamento é difícil mesmo quando se atribui às "necessidades" um sentido amplo que abrange todo um espectro que varia desde pequenas alterações, estéticas, por exemplo, até alterações de ordem patológicas graves ou que possam comprometer o bem estar ou mesmo a vida do indivíduo. VIGILD (1993) enfatiza que é necessário identificar a necessidade de tratamento normativa, expressa pelo profissional em uma primeira abordagem. O atendimento de todas as necessidades normativas seria o primeiro objetivo. O autor entretanto, aponta como possível uma superestimativa de necessidades visto que muitas vezes estas são propostas presumindo-se que o paciente idoso beneficiar-se-á com o tratamento mesmo que ele o queira ou não.

Os passos seguintes, portanto, buscam identificar a população quanto ao DESEJO de atendimento, que inclui também a percepção da necessidade de atendimento dos indivíduos em questão. Esta identificação nos permitirá segundo VIGILD (1993) o estabelecimento de um grupo de

"necessidades" as chamadas realistas ou verdadeiras. Este entendimento de "necessidade" é baseado também na demanda expressa pelo paciente, na perfeita conscientização por parte do profissional dos riscos de tratar ou não tratar e finalmente todos os aspectos relativos a relação custo-benefício do tratamento.

Segundo HOLST et al. (1997) um considerável número de questões éticas e dilemas práticos são enfrentados quando as questões de necessidade de tratamento e tratamento propriamente dito de pacientes idosos são abordadas. A expectativa de vida relativamente curta, bem como a relação desta com a utilidade e custo de tratamento, tornam as decisões difíceis quando uma terceira parte está envolvida na questão financeira. Por outro lado, parecem ser simplistas as recomendações da FDI (1993) para países não desenvolvidos de que os recursos escassos destes países devam ser destinados claramente a prevenção em detrimento de qualquer nível de tratamento. Como a relação custo-benefício interpõe perspectivas de melhoria de condição de vida e qualidade de vida propriamente dita, a questão de tratamento pelo menos no nível de atenção primária deve ser encarada como meta a ser cumprida independentemente do valor financeiro a ela agregada.

MÉTODO

O amplo número de variáveis a serem consideradas torna o plano de tratamento extremamente complexo. Entretanto estes dados são fundamentais no sentido de estabelecer uma possível cronologia para uma intervenção inicial, calcada no primeiro nível de cuidado. Neste sentido, os aspectos levantados anteriormente devem compor tabela de graus crescentes dentro de cada uma das variáveis. Esta tabela deve ser preenchida durante as primeiras abordagens ao paciente, e deverá, portanto ser parte integrante do protocolo de exame odontológico, base para a planificação de tratamento e prioridades. O escore de prioridade para o início de intervenção, mais especificamente ao primeiro nível de cuidados, é assim atribuído. (Tabela 1)

Após esta fase é necessário ainda classificar o paciente de acordo com a sua NECESSIDADE e DESEJO de tratamento, associado com CUSTO E BENEFÍCIO como definidores de um cruzamento primário que elegerá os pacientes a serem incluídos no plano e a cronologia de atendimento agora de acordo com todos níveis de atenção.

O paciente quanto à NECESSIDADE de atendimento;

COM NECESSIDADE SEM NECESSIDADE

O paciente quanto ao DESEJO de tratamento;

DESEJA NÃO DESEJA

O paciente quanto à relação CUSTO-BENEFÍCIO do tratamento;

POSITIVA NEGATIVA

Abordados todos estes aspectos poderíamos propor uma forma de classificação e ordenação cronológica, baseada nas variáveis anteriormente estudadas e nos níveis de atenção odontológica a serem implementados e instituídos em uma instituição.

As prioridades dentro de cada nível de atenção obedecerão a uma cronologia baseada no ESCORE DE PRIORIDADE definido anteriormente de maneira a que os escores maiores sempre estejam em primeiro lugar na seqüência de atendimento.

PRIMEIRO NÍVEL DE CUIDADOS TRATAMENTO DA DOR ADEQUAÇÃO DO MEIO

1. Pacientes com necessidade
2. Pacientes que desejam tratamento
3. Pacientes que não desejam tratamento (quando o não tratamento significar riscos significativos)

Obrigatória independente do custo SEGUNDO NÍVEL DE CUIDADOS RESTAURAÇÃO - RECONSTRUÇÃO REABILITAÇÃO

1. Pacientes com necessidade
 2. Pacientes que desejam tratamento
- Relação custo-benefício positiva

TERCEIRO NÍVEL DE CUIDADOS PREVENÇÃO MONITORIZAÇÃO MANUTENÇÃO

1. Pacientes com necessidades (Manutenção)
2. Pacientes sem necessidades (Prevenção - Monitorização)
3. Pacientes que desejam tratamento (Prevenção - Monitorização - Manutenção)
4. Pacientes que não desejam tratamento (Prevenção - Monitorização)

Prevenção e monitorização independente do custo
Manutenção quando a relação custo benefício é positiva

Por fim é necessário ainda identificar a população quanto a mobilidade e local de atendimento.

- 1-PACIENTES ACAMADOS
- 2-PACIENTES QUE PODEM SER ATENDIDOS APENAS NO CONSULTÓRIO DO ASILO
- 3-PACIENTES QUE PODEM SER

ATENDIDOS FORA DO ASILO

O quadro 1 compõe a prioridade de atendimento de acordo com a mobilidade. A prioridade 3 é reservada para os pacientes de ingresso recente no sistema que entrarão no primeiro nível de atendimento imediatamente a admissão na instituição.

DISCUSSÃO

A odontogeriatria não deve ser encarada como uma mera transposição mecânica do paciente jovem para o idoso, de metodologias ou abordagens. Odontogeriatria é um conceito, um corpo aglutinador de filosofias de tratamento que leva em conta condições físicas, mentais e médicas particulares do indivíduo idoso (PADILHA et al., 1998). Da mesma forma, um sistema de atendimento "on site" não é apenas uma clínica odontológica funcionando dentro de uma instituição (HEGELSON et al., 1996), pois os fatores particulares concernentes ao atendimento de idosos e ao treinamento do Cirurgião Dentista na execução de tarefas fora de seu consultório, reforçam esta perspectiva. Estas afirmativas confirmam a concepção de que o atendimento odontológico ao paciente idoso deve ser necessariamente baseado em um corpo de concepções metodológicas e filosóficas, capazes de alicerçar uma prática bem estruturada e de sucesso. Uma abordagem sistemática que leve em conta as particularidades de idosos institucionalizados, faz parte destas concepções metodológicas. Os estudos constantes na literatura mundial reforçam o entendimento de que a saúde bucal de idosos, particularmente aqueles que vivem em instituições, é extremamente precária. Mesmo em países desenvolvidos esta pode ser considerada uma triste realidade onde os ganhos com a atenção odontológica das populações não são compartilhados pelas minorias de idosos. (JONES et al., 1994)

Os aspectos financeiros podem ser considerados como os maiores determinantes desta desatenção. (NASH et al., 1985) Há entretanto uma carência de normatizações metodológicas que talvez tenham um duplo sentido na construção de uma nova abordagem a estes grupos de pacientes. As normas e os métodos não só facilitam a introdução de profissionais menos experientes no sistema, mas também, a medida que são conhecidos e divulgados podem chamar atenção para as necessidades destes pacientes e, com isso, aumentar o interesse na área. Sob este aspecto, LESTER et al. (1998) concluem que a principal barreira ao trata-

mento odontogeriátrico é a não percepção das necessidades de tratamento. Esta não percepção expressada não somente pelo paciente propriamente dito mas também principalmente pelo cuidador profissional ou familiar. Além disso, NORDAHL (1991) aponta a falta de treinamento em odontogeriatria e a falta de experiência no tratamento de pacientes geriátricos como primeiros itens relacionados a desatenção odontológica a idosos.

Até tempos recentes, a Odontologia vinha se ocupando da atenção à saúde bucal às faixas etárias mais jovens; contudo, é necessário oferecer atenção integral à saúde dos idosos também. Geralmente, a população idosa, principalmente a institucionalizada, é desconsiderada em vários aspectos na sociedade atual, inclusive na atenção à saúde, a qual não é suficiente nem adequada às suas necessidades. Sabendo-se que doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas e diminuição da qualidade de vida, o atendimento integral à saúde bucal desse grupo populacional deve ser garantido.

Além de estudos apontarem que a saúde bucal de idosos institucionalizados é precária, também é sabido que as instituições geriátricas não têm estrutura organizacional que garanta a inclusão dos cuidados em saúde bucal à rotina de trabalho dos cuidadores.

A perspectiva de normatização de atendimento odontogeriátrico "on site" abre caminho para um alerta aos indivíduos envolvidos na estrutura institucional: ao próprio paciente, quando a este ainda é possível a escolha; aos cuidadores, a quem os cuidados diários em todos os níveis (odontológico inclusive) devem ser atribuídos; aos médicos assistentes no sentido de reforçar a indicação de todos os níveis de cuidados e principalmente a Odontologia, a qual deve ser atribuído o compromisso de assegurar que cada paciente institucionalizado receba tratamento apropriado e necessário. (HEGELSON et al., 1996)

Nas instituições que possuem idosos semi-dependentes ou dependentes a deficiência na higiene bucal representa o mais sério problema de saúde bucal. O cuidado é geralmente deixado a cargo do próprio paciente ou delegado para funcionários destreinados ou considerado função de uma equipe virtual de dentistas. (WARDH et al., 1997)

Na realidade percebe-se uma falta de planejamento, envolvimento e responsabilidade com as questões de saúde bucal dos idosos. A falta de ligação entre os cirurgiões-dentistas, dominando a teoria,

e os cuidadores, responsáveis pela prática, resulta em negligência por ambas as partes nas ações em saúde bucal. O cuidado odontológico em instituições envolve não somente a equipe odontológica mas também a equipe de enfermagem, médicos e os responsáveis pelos idosos cada qual com seu papel a desempenhar. O atendimento realizado "on site" deve prever programas preventivos e educativos e a participação conjunta de outras especialidades principalmente em casos de pacientes com problemas sistêmicos. (MELLO et al., 2000)

Há a necessidade de normatizar o cuidado odontológico para assegurar que todo idoso institucionalizado seja alvo de serviços odontológicos adequados.

ABSTRACT

A systematic approach is a program that proposes a methodological perspective to monitor oral health, prevent oral diseases, and treat accumulated oral and dental problems. The aim of this paper is propose a methodology of treatment approach to institutionalized elderly people. The general and oral health status as well as the medical and behavior conditions are used as indicators of a chronological attention for dental care.

KEYWORDS

Geriatric dentistry. Aged. Health care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUDTZ-JORGENSEN, E.; MOJON, P. "Protocolo de avaliação odontológica do paciente idoso". Comunicação pessoal à Prof. Dalva M.P. Padilha. Geneva, 1997.
- NECESIDADES de salud bucal del anciano. *FDI Dental World*, n.4, p.13-16, 1993.
- HELGESON, M.J. et al. Dental care in nursing homes: guidelines for mobile and on site care. *Spec. Care. Dent.*, Chicago, v.16, n.4, p.153-164, July/Aug. 1996.
- HOLST, D. et al. Future treatment needs in children, adults and the elderly. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v.25, n.1, p.113-118, Feb. 1997.
- JOHNSON, T.E. et al. Fitting the pieces together: treatment planning in the geriatric dental patient. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.41, n.4, p.945-959, Oct. 1997.
- JONES, J.A. et al. Gains in dental care use not shared by minority elders. *J. Public. Health. Dent.*, Richmond, v.54, n.1, p.39-46, Winter, 1994.

KNABE, C. et al. Dental care for institutionalized geriatric patient in Germany. **J.Oral Rehabil.**, Oxford, v.24, n.12, p.909-912, Dec. 1997.

LESTER, V. et al. Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults. **Br. Dent. J.**, London, v.184, n.6, p.285-289, Mar. 1998.

MELLO, A.L.S.F.; PADILHA, D.P.P.; ROSA, M.A.C. **Casas geriátricas do município de Porto Alegre: manual de orientações aos usuários.** Programa de pós-graduação em odontologia. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

MELLO, A.L.S.F., PADILHA, D.M.P. Instituições geriátricas e negligência odontológica. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v.41, n.1, p. 44-48, jul, 2000.

MOJON, P. et al. Estimates of time and propensity for dental treatment among institutionalized elders. **Gerodontology**, Mont Desert, v.11, n.2, p.99-107, Dec. 1994.

NASH, K.D. Private dental practice response to barriers to access: the elderly. **Gerodontics**, Copenhagen, v.1, n.3, p.143-47, Jun. 1985.

NORDAHL, S. Delivery of oral health care to the elderly patient. **Int. Dent. J.**, Guildford, v.41, n.5, p.295-299, Oct. 1991.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y organización de los servicios geriátricos Ginebra, 1974. 51p.(Informes técnicos, 548)

PADILHA, D.M. et al. Odontogeriatría na universidade: para não perder tempo. **Rev Fac Odontol** Porto Alegre, v.39, n.1, p.14-16, jul. 1998.

PINTO, V.G. Saúde bucal: odontologia social e preventiva. 3.ed. São Paulo: Santos, 1992.

VIGILD, M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalized elderly people. **Gerodontology**, Mount Desert, v.10, n.1, p.10-15, July., 1993.

WARDH, I., ANDERSSON, L., SÖRENSEN, S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. **Gerodontology**, Mount Desert, v.14, n.1, p.28-32, Jan., 1997.

Quadro 1 - Escores de prioridade de atendimento de acordo com a MOBILIDADE

Nível de cuidado	Primeiro	Segundo	Terceiro
Mobilidade			
ACAMADO	1		7
Mobilidade na Instituição	2	5	8
Mobilidade EXTERNA	4	6	9

Tabela 1 - Tabela numérica para estabelecimento de escore de prioridade para o início de intervenção ao primeiro nível de cuidado.

VARIÁVEIS	ESCORES				
Alterações bucais relacionadas coma idade	1	2	3	4	5
Status dentários e mastigatório	5	4	3	2	1
Necessidades estéticas	1	2	3	4	5
Potencial iatrogênico e limitações do tratamento	5	4	3	2	1
Status cognitivo	5	4	3	2	1
Custo financeiro relativos ao tratamento	5	4	3	2	1
Hábitos de consulta ao dentista	5	4	3	2	1
Presença e extensão de doenças bucal	1	2	3	4	5
Necessidade de eliminação de dor e infecção	1	2	3	4	5
Destreza, mobilidade e status neuromuscular	5	4	3	2	1
Expectativa de vida	1	2	3	4	5
Convicções e atitudes do paciente quanto ao tratamento de higiene, etc.	1	2	3	4	5
Influência do tratamento na qualidade de vida	1	2	3	4	5
Possibilidade de acesso ao tratamento odontológico	5	4	3	2	1
Status de saúde geral e funcional	5	4	3	2	1