

## A importância da reabilitação oral na qualidade de vida do idoso: relato de caso

### *The importance of oral rehabilitation for quality of life of the elderly: case report*

Thaianny Rodrigues Costa<sup>1</sup>  
Lurdete Maria Rocha Gauch<sup>2</sup>  
Simone Soares Pedrosa<sup>2</sup>  
Renata Antunes Esteves<sup>2</sup>

#### RESUMO

Uma saúde bucal inadequada pode comprometer o estado nutricional, físico e mental do idoso. O cirurgião-dentista precisa estar ciente sobre essas condições de saúde dos idosos e apto a reabilitá-los. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente idoso com inúmeras complicações orais, seus malefícios para a saúde física, e demonstrar o plano de tratamento reabilitador adotado, as etapas dos procedimentos realizados, os desafios de se reestabelecer a dimensão vertical de oclusão (DVO), e as melhorias no estado de saúde geral do paciente após a realização do tratamento. O caso é de um paciente de 75 anos de idade que se apresentou ao atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará relatando histórico de edema na face, estética insatisfatória, dificuldade na mastigação e perda de peso. O plano de tratamento foi realizado em quatro etapas: eliminação dos focos de infecções, com tratamentos periodontais e extrações; restaurações; reabilitação protética provisória, com prótese total imediata e prótese fixa adesiva direta; e reabilitação protética definitiva, com prótese total e prótese parcial removível. A definição do diagnóstico, do plano de tratamento e a correta execução dos procedimentos reabilitadores são de extrema importância para o restabelecimento da saúde bucal dos pacientes idosos. Dessa forma, esta não deve ser vista separadamente da saúde física, pois estão correlacionadas, visto que doenças orais não tratadas podem ocasionar infecções e perda de dentes, acarretando inúmeros problemas e piorando, assim, seu estado de saúde geral.

**Palavras-chave:** Reabilitação bucal. Saúde do idoso. Prótese dentária.

#### ABSTRACT

Inadequate oral health can compromise the nutritional, physical and mental status of the elderly. The dental surgeon needs to be aware of these health conditions of the elderly and be able to rehabilitate them. The objective of this work is to report the clinical case of an elderly patient with numerous oral complications, its harm to the patient's physical health, to demonstrate the adopted rehabilitation treatment plan, the steps of the procedures performed, the challenges of reestablishing the vertical dimension of occlusion (OVD) and improvements in the patient's general health after treatment. The case is that of a 75-year-old patient who attended the Faculty of Dentistry of the Federal University of Pará, reporting a historic of edema on the face, unsatisfactory aesthetics, chew difficulty and weight loss. The treatment plan was carried out in four stages: elimination of foci of infections, with periodontal treatments and extractions; restorations; provisional prosthetic rehabilitation, with immediate total prosthesis and direct adhesive fixed prosthesis; definitive prosthetic rehabilitation, with total prosthesis and removable partial prosthesis. Concluded that the diagnosis, the treatment plan and the correct execution of the rehabilitation procedures, are of extreme importance for the restoration of the oral health of the elderly patients. Thus, it should not be seen separately from physical health, as they are correlated, since untreated oral diseases can cause infections and loss of teeth, resulting in numerous problems, therefore worsening your general health.

**Keywords:** Mouth rehabilitation. Health of the elderly. Dental prosthesis.

<sup>1</sup> Pós-graduanda em Reabilitação oral estética pela Faculdade São Leopoldo Mandic (São Paulo)

<sup>2</sup> Professora Doutora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

## INTRODUÇÃO

As perdas dentárias podem gerar complicações diretamente nas funções estomatognáticas, pois os dentes têm um papel importante para cortar e triturar os alimentos. Sua ausência pode causar deficiência mastigatória, podendo interferir na escolha dos alimentos em função de sua consistência e comprometer o estado nutricional do idoso com o decorrer do tempo, dependendo do valor nutricional desses alimentos. Alterações na deglutição também são encontradas devido a uma ineficiência mastigatória, pois o indivíduo apresenta mais esforço para engolir alimentos em grandes partículas e pouco umedecidos. O paciente encontra dificuldade ao falar, porque na ausência de dentes, a língua tende a se interpor na região desdentada para tentar estabilizar a mandíbula e, nessa situação, em um paciente desdentado anterior percebe-se a omissão e substituição dos sons, ao contrário dos desdentados posteriores, em que pouco é notado<sup>1,2,3</sup>.

A saúde bucal inadequada pode comprometer o estado nutricional e o bem-estar físico e mental do idoso. O profissional cirurgião-dentista precisa estar ciente sobre essas condições de saúde dos idosos e como as circunstâncias podem se apresentar na condição sistêmica do paciente<sup>4,5</sup>.

Vergonha, dificuldade na alimentação, prejuízo ao relacionamento social e sentimento de incompletude são comuns em pacientes desdentados. A possibilidade de reposição dos dentes com próteses dentárias gera ansiedade e expectativa de melhor qualidade de vida nos mesmos<sup>6</sup>.

A busca por uma composição agradável no sorriso tornou-se uma demanda mundial, porém, para produzir sorrisos harmoniosos, é essencial uma abordagem multidisciplinar<sup>7</sup>. Reabilitar integralmente um paciente exige harmonia dentro de áreas odontológicas bastante específicas, contemplando um plano de tratamento exímio. Os benefícios dessa abordagem global podem ser notados como satisfatórios ao final de todo o processo, com o restabelecimento integral da saúde oral e sistêmica do paciente<sup>8</sup>.

Com a perda e desgaste de muitos dentes, a dimensão vertical de oclusão (DVO) é diminuída, acarretando muitos prejuízos ao paciente, como problemas estéticos, fonéticos, deglutitórios, musculares, articulares, posturais, dentais e periodontais. A diminuição da DVO leva a um aumento do espaço funcional livre, ocasionando danos ao sistema estomatognático, como: desgastes dentais acentuados; oclusão traumática com comprometimento periodontal; sobrecarga das articulações temporomandibulares, sintomas auditivos como zumbidos, estalos durante a mastigação, sensação de entupimento, forte dor dentro e ao redor dos ouvidos; tonturas; dor nos seios nasais; sensação de queimação na garganta, língua, e nas laterais do nariz; envelhecimento precoce devido à perda do tônus da musculatura da expressão facial; face com aspecto encurtado; aparecimento de queilite angular; patologias agudas e crônicas nas estruturas orofaciais, incluindo deformação mandibular, alteração na composição das fibras musculares e alteração da resposta adrenocortical, levando a um aumento do nível de cortisol urinário e redução do volume da urina<sup>9,10</sup>.

Com a reconstrução da DVO, o côndilo mandibular assume uma nova posição na fossa articular, diminuindo as compressões patológicas e conseqüentemente os sintomas causados por essa compressão. Portanto, esse processo é considerado muito desafiador e complexo, então, acredita-se que o tratamento reabilitador que requer o restabelecimento da DVO deva passar por um período experimental com o uso de próteses provisórias<sup>9,10</sup>.

A prótese total imediata é definida como uma prótese total confeccionada para ser instalada logo após a exodontia dos dentes naturais e que deve ser usada por um curto período, por motivos estéticos, mastigatório, conveniência ou para a adaptação do paciente do estado dentado ao edêntulo, até que a prótese definitiva seja instalada<sup>11</sup>.

Devido à necessidade de exodontia dos dentes remanescentes, muitos pacientes não aceitam a condição que lhes é imposta, ou seja, permanecem desdentados após as extrações em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea<sup>12</sup>. O aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser substancialmente comprometidos por consequência do

tratamento cirúrgico, assim como outros fatores como a estética, fonética, mastigação e o convívio social. Nessa perspectiva, o cirurgião-dentista pode fazer uso da prótese total imediata instalada logo após as exodontias e que será usada até a instalação da prótese total definitiva<sup>13</sup>.

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de um paciente idoso com inúmeras complicações orais e os malefícios para a sua saúde física, bem como demonstrar o plano de tratamento reabilitador adotado, as etapas dos procedimentos realizados e as melhorias no estado de saúde geral do paciente com a realização do tratamento.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 75 anos de idade, compareceu à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), onde foi atendido no projeto de extensão “Educação continuada para integração multidisciplinar dos conhecimentos aplicados à reabilitação oral” (Portaria nº1538/2019-ICS), queixando-se de histórico de edema na face, estética ruim e mastigação defeituosa, o que estaria dificultando seu convívio social, sua nutrição, e provocando perda de peso. Ao exame clínico extraoral, pôde-se notar uma diminuição do terço inferior da face, perda de suporte do lábio superior, projeção do lábio inferior, aprofundamento dos sulcos nasolabiais e abaixamento das comissuras labiais, dando uma aparência mais envelhecida ao paciente (Figura 1a-c).



**Figura 1.** Aspecto inicial extraoral do paciente. a. Frontal. b. Sorriso. c. Perfil.

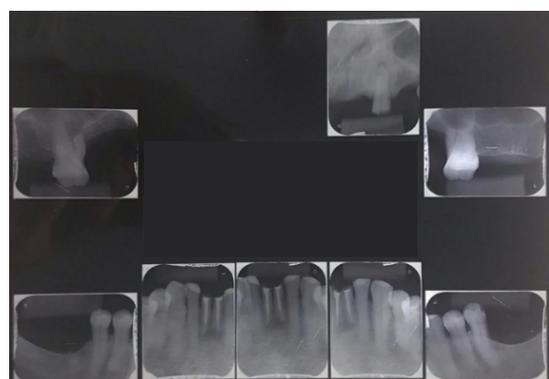
Ao exame clínico intraoral, observou-se um grande colapso oclusal, com ausência de múltiplos dentes superiores, com exceção dos elementos 17 e 27 que

apresentavam grande exposição radicular, inclusive da região de furca, porém sem mobilidade, e a raiz residual do elemento 23. Na arcada inferior, os molares estavam ausentes, os dentes remanescentes apresentavam desgastes acentuados, os incisivos centrais estavam fraturados a nível cervical e os elementos 35 e 45 apresentavam exposições radiculares nas faces distais. Além dos problemas dentários, a fibromucosa oral mostrava sinais de inflamação (Figura 2).

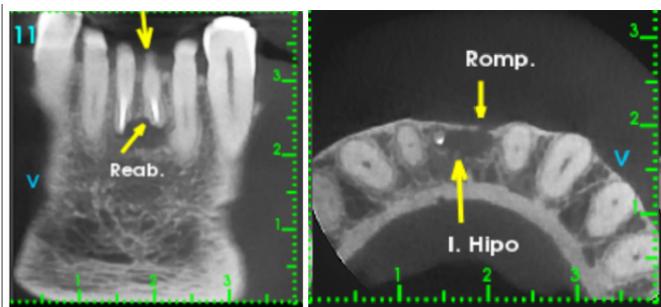


**Figura 2.** Aspecto intraoral inicial do caso clínico.

As radiografias periapicais (Figura 3) mostraram grande perda óssea na região dos dentes 17 e 27, e imagens radiolúcidas nos ápices dos elementos 23, 31 e 41, sugestivos de abscessos periapicais. Como os dentes 31 e 41 apresentavam tratamento endodôntico aparentemente bem executados, foi solicitada uma tomografia da região para ajudar no diagnóstico. A análise tomográfica demonstrou imagem hipodensa na região apical do elemento 31 que se estendia até a região apical do elemento 41, assim como o rompimento da cortical óssea vestibular e reabsorção radicular externa no terço apical do dente 31 (Figura 4).



**Figura 3.** Radiografias periapicais do caso clínico.



**Figura 4.** Tomografia computadorizada da região anterior de mandíbula.

O diagnóstico e o plano de tratamento foram discutidos e elaborados pelas equipes das especialidades de periodontia, cirurgia, endodontia, prótese e dentística da Clínica Odontológica da UFPA. Devido à complexidade do caso, uma reabilitação provisória se fez necessária para a melhor previsibilidade dos resultados do tratamento definitivo e adaptação ao tratamento, pois o paciente estava naquela situação havia muito tempo e ansioso pela melhoria funcional e estética.

O tratamento teve início com sucessivas raspagens, alisamentos e polimentos coronorradiculares, associados aos bochechos com clorexidina 0,12% (Colgate Palmolive Company, São Bernardo do Campo, SP, BR) por 1 minuto, 2 vezes ao dia, durante 10 dias. Feito isso, as moldagens foram realizadas com alginato Jeltrate Plus (Dentsply, Catanduva, SP, BR) e os modelos de estudo foram confeccionados em gesso tipo IV (Coltene, Rio de Janeiro, RJ, BR) e montados em articulador semiajustável- ASA (Bio-Art, São Carlos, SP, BR). Na conduta adotada para a arcada inferior, como os elementos 31 e 41 apresentaram-se com lesões periapicais, eles necessitariam de retratamento endodôntico para a posterior instalação de retentores intrarradiculares e coroas protéticas, mas não seria possível a realização desses procedimentos devido à pequena espessura das raízes, aumentando as chances de fratura das mesmas, além do rompimento da cortical óssea vestibular e reabsorção radicular externa no terço apical do dente 31. Por isso, esses dentes foram indicados para extração.

Para nivelar a altura dos dentes inferiores que foram desgastados devido às ausências dentárias, restaurações em resina composta foram realizadas em todos os dentes da arcada inferior (35, 34, 33, 32, 42, 43, 44 e 45), assim como o recobrimento das áreas expostas de raízes, devido à recessão gengival, na face distal dos elementos 35 e 45 (Figura 5). As restaurações foram realizadas utilizando-se coroas transparentes para restauração (TDV Dental, Pomerode, SC, BR). O sistema adesivo utilizado foi o Single Bond Universal (3M, Sumaré, SP, BR), com a prévia aplicação de ácido fosfórico a 37% nas estruturas dentárias remanescentes. Após a lavagem do ácido e secagem com papel absorvente, foi aplicado o adesivo com auxílio de aplicador descartável microbrush. A resina composta utilizada foi a Z250 (3M®) na cor A3.5.



**Figura 5.** Arcada inferior após restaurações em resina composta.

Após as extrações e restaurações, o tratamento provisório proposto ao paciente foi uma prótese parcial removível inferior provisória, que supriria as ausências dentárias anteriores e posteriores, ocasionando melhor funcionalidade e maior estabilidade oclusal. Entretanto, o paciente teria um evento em poucos dias e necessitava de um tratamento estético rápido, de maneira que a arcada inferior foi reabilitada de forma provisória com uma prótese adesiva direta para suprir a ausência dos elementos 31 e 41 (Figura 6). A prótese adesiva foi confeccionada no modelo de estudo, utilizando-se dentes de estoque (Biolux, Pinhais, PR, BR) na cor 67 e fio ortodôntico 0.7 (Morelli, Gov. Lindenberg, ES, BR). Foram confeccionadas canaletas nas faces mesiolinguais dos incisivos laterais inferiores para servirem de nichos, aumentando a retenção da prótese adesiva, que foi

cimentada com resina composta Z100 (3M<sup>®</sup>) na cor A3.5.



**Figura 6.** Prótese adesiva provisória inferior instalada.

A conduta adotada para a arcada superior foi a extração dos molares (17 e 27) devido à grande perda óssea e a consequente infecção na região, assim como a extração da raiz residual do elemento 23, visto que seria o único elemento remanescente no arco dentário, além de apresentar lesão periapical. Para a reabilitação provisória, uma prótese total imediata foi confeccionada sobre o modelo de estudo e instalada logo após o ato cirúrgico, reestabelecendo a DVO, função e estética (Figura 7). Foram necessários ajustes (oclusal e base da prótese) e reembasamento total, feito com resina Soft Rebase (TDV Dental<sup>®</sup>) nesse dia e 30 dias após a cirurgia.



**Figura 7.** Prótese total imediata superior instalada

Ao final do tratamento provisório, o paciente foi orientado sobre saúde bucal, com enfoque maior nos cuidados necessários devido ao uso de próteses dentárias. Junto a isso, um kit completo de higiene oral foi entregue, contendo escova de dentes, creme dental, fio dental, enxaguante bucal, passa fio e higienizador de próteses Corega Tabs (Block Drug Co., Memphis, TN, USA).

Após os 3 meses de cicatrização e remodelação óssea, o tratamento definitivo começou a ser realizado. As possibilidades de tratamento são diversas, devendo ser escolhido o melhor para cada paciente individualmente. A resposta do paciente ao tratamento provisório é de extrema importância nesse processo.

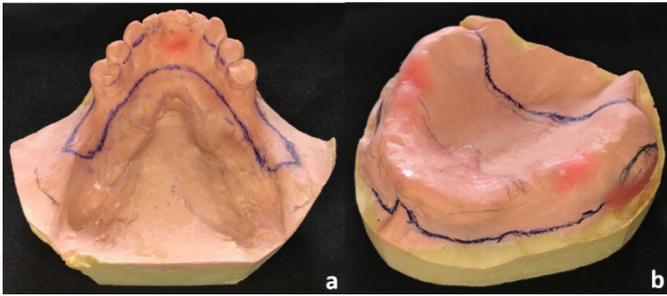
Na arcada superior o paciente apresentou conforto durante o uso da prótese total imediata, relatando somente uma má adaptação da mesma no 3<sup>o</sup> mês após a instalação, devido às remodelações ósseas. Diante disso, a prótese total definitiva começou a ser confeccionada.

Na arcada inferior, o paciente relatou grande conforto com a prótese adesiva provisória, então foi cogitado instalar uma prótese adesiva definitiva na região anterior e reanatomizar com resina composta os segundos pré-molares (35 e 45), transformando-os em primeiros molares, melhorando a estabilidade oclusal. Entretanto, o paciente apresentou grande acúmulo de cálculo na região da prótese adesiva (Figura 8), mesmo tendo sido orientado sobre a higienização da região, levando-nos a escolher como tratamento definitivo uma prótese parcial removível, que reabilitaria as áreas edêntulas anteriores e posteriores, além de ter uma higienização mais simples e fácil para o paciente idoso realizar.



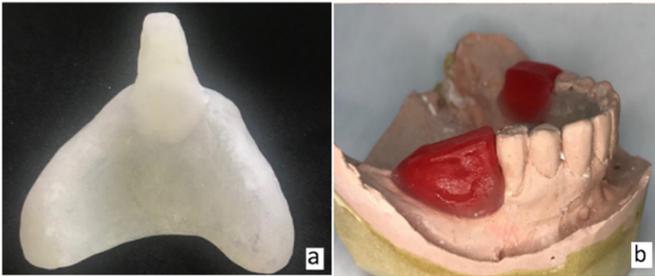
**Figura 8.** Presença de cálculos na região da prótese adesiva provisória.

Para dar início ao tratamento permanente, modelos de estudo foram confeccionados em gesso (Coltene, Rio de Janeiro, RJ, BR) e aliviados nas áreas retentivas com cera rosa n<sup>o</sup> 9 (Lysanda, São Paulo, SP, BR) (Figura 9 a-b).



**Figura 9.** Modelos de estudo com alívios em cera. a. Modelo do arco inferior. b. Modelo do arco superior.

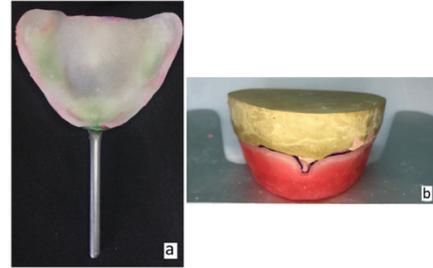
Sobre estes modelos, foram confeccionadas em resina acrílica quimicamente ativada (TDV Dental, Pomerode, SC, BR) uma moldeira individual superior (Figura 10.a) e uma base de prova inferior com roletes de cera nº 09 (Lysanda<sup>®</sup>) nas áreas edêntulas posteriores, acompanhando o plano de oclusão dos pré-molares (Figura 10 b).



**Figura 10.** a. Moldeira individual superior. b. Base de prova inferior com roletes de cera no modelo.

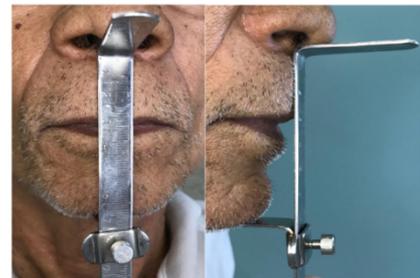
Após o ajuste da moldeira individual, a moldagem funcional da arcada superior foi realizada, moldando-se o selado periférico com godiva de baixa fusão (DFL, Taquara, RJ, BR). Após a moldagem do selado periférico, foi realizada a moldagem com silicone de condensação leve, Precise SX (Dentsply, Catanduva, SP, BR) e confecção do modelo de trabalho em gesso (Coltene<sup>®</sup>).

No modelo de trabalho, foram confeccionadas duas bases de prova, em resina acrílica quimicamente ativada (TDV Dental<sup>®</sup>) uma para realizar o registro com arco facial para a montagem do modelo superior no ASA e a outra para montagem do rolete de cera (Figura 11).



**Figura 11.** a. Base de prova superior presa ao garfo para registro com arco facial. b. Base de prova superior com rolete de cera.

Para a determinação da DVO, testes fonéticos, estéticos, métricos e das proporções faciais foram realizados, chegando-se à medida de 71,5 mm (Figura 12). O registro interoclusal foi realizado utilizando-se base de prova e rolete de cera superior e inferior, registrando-se ao mesmo tempo a posição da mandíbula em relação à maxila no sentido horizontal (relação cêntrica) e vertical (DVO) para a montagem do modelo inferior em ASA. Com as bases de prova e roletes de cera na boca do paciente, foram efetuadas as marcações da linha alta do sorriso, linha mediana e dos caninos (Figura 13).



**Figura 12.** Determinação da DVO.



**Figura 13.** Modelos montados em ASA com marcações da linha alta do sorriso, linha mediana e dos caninos.

Com essas marcações feitas, o modelo e a cor dos dentes foram selecionados. A marca utilizada foi Trilux (VIPI Ind., Pirassununga, SP, BR), modelo E3 para os dentes anterossuperiores e, consultando a tabela de dentes da marca, seu correspondente anteroinferior foi o modelo K5 e M4 para os dentes posteriores superiores e inferiores. A cor dos dentes (4B) foi selecionada em correspondência com os dentes inferiores do paciente. O modelo dos dentes foi selecionado primeiramente pelo formato do rosto do paciente, triangular, pela distância entre as faces distais dos caninos superiores (13 a 23) em curva, que foi de aproximadamente 44 mm (marcação das linhas dos caninos no rolete de cera) e pela altura do incisivo central superior, que foi de aproximadamente 9,8 mm (marcação da linha alta do sorriso no rolete de cera). Assim, o modelo E3 foi o que mais se aproximou dessas medidas.

O articulador foi encaminhado para o laboratório protético para a realização da montagem dos dentes da prótese total superior e confecção de uma prótese parcial removível provisória inferior a fim de podermos remover a prótese adesiva provisória da boca e dar início ao planejamento da PPR inferior permanente, sem prejudicar a estética do paciente.

Com a entrega da PPR provisória pelo laboratório, a prótese adesiva foi removida da boca e feita a moldagem de estudo com alginato Jeltrate Plus (Dentsply®) para a PPR definitiva. O planejamento da estrutura da PPR foi realizado em delineador, seguindo criteriosamente todas as etapas de planejamento e confecção.

Após o planejamento, foram realizados os preparos dos nichos nas faces oclusomesiais dos elementos 35, 34, 44 e 45 e nas regiões de cingulo dos elementos 32 e 42 e dos planos guias. Após isso, a moldagem funcional com silicona de condensação, Precise SX (Dentsply®), foi realizada em dois tempos, primeiramente com a pesada e posteriormente com a leve sobreposta, para se obter uma melhor cópia dos detalhes e confecção do modelo de trabalho com gesso tipo IV (Coltene®). Esse modelo foi encaminhado para o laboratório protético para a confecção da infraestrutura metálica, que posteriormente foi adaptada em boca, bem como a confecção da base de prova em resina acrílica quimicamente ativada (TDV Dental®) sobre a mesma

para delimitar a área chapeável, montagem dos roletes de cera nas regiões edêntulas para realização do registro interoclusal em relação cêntrica e, também, montagem do modelo funcional inferior em ASA, para, então, ser enviado ao laboratório e realizada a montagem dos dentes da PPR inferior.

Na sessão seguinte, foi realizada a prova dos dentes da PPR inferior e prótese total superior, verificando-se a posição dos dentes e os contatos oclusais em relação cêntrica (Figura 14), além da seleção da cor da gengiva com escalas apropriadas. As próteses foram enviadas ao laboratório para acrilização das mesmas, com duas resinas, rosa médio (VIPI®) e rosa vermelho-gengiva 1 (Sistema Tomaz Gomes, VIPI®), sem veias na região de gengiva inserida, para se obter maior semelhança com as características encontrada na boca do paciente.



**Figura 14.** Prova da montagem dos dentes.

Na sessão subsequente, as próteses foram instaladas e foram realizados os ajustes necessários em suas bases para não causar injúrias na gengiva do paciente. Para essa análise, foi pincelada pasta zincoenólica branca (Lysanda®) nas bases das próteses e as mesmas foram colocadas na boca; pediu-se para o paciente morder e fazer movimentos mandibulares e, após isso, as próteses foram removidas de posição. Observando-se as bases das próteses, onde a pasta foi removida, pôde-se dizer que esse local estava tendo um contato maior com a mucosa do que o restante das bases das próteses, então foi aliviado. Geralmente, esse local no qual a pasta foi removida coincide com a queixa do paciente sobre a prótese estar “machucando” no local. Foram realizados também os ajustes oclusais, com contatos posteriores bilaterais e simultâneos, proporcionando estabilidade oclusal (Figura 15 a, b e c).

Nesse momento foi efetivada uma nova conversa com o paciente sobre saúde bucal, enfatizando os cuidados necessários devido ao uso de próteses dentárias e foi entregue novamente um kit de higiene oral contendo escova de dentes, creme dental, fio dental, enxaguante bucal e uma caixinha de higienizadores de próteses Corega Tabs (Block Drug®).



**Figura 15.** Aspecto final da reabilitação oral. a. Aspecto intraoral. b. Aspecto extraoral, paciente sorrindo. c. Aspecto extraoral, paciente de perfil.

## DISCUSSÃO

Podem vir associados ao envelhecimento diversos problemas de saúde, tanto geral como bucal e, algumas vezes, eles podem estar correlacionados. A perda de dentes, doença periodontal, fraturas de dentes e gengivite foram alguns problemas apresentados pelo paciente deste caso clínico, o que estaria acarretando a má alimentação, com a consequente perda de peso e nutrição deficiente, bem como relações interpessoais prejudicadas, visto que sua fala era de difícil compreensão e o sorriso retraído.

O tratamento oral reabilitador com próteses convencionais ainda é a alternativa mais utilizada, pois é menos invasiva e dispendiosa quando comparada aos tratamentos que utilizam implantes dentários, visto que muitos pacientes não possuem condições econômicas para a realização de tal tratamento.

Em concordância com o presente relato de caso, em 2009, Jorge et al.<sup>3</sup> relataram que as perdas dentárias podem gerar complicações nas funções estomatognáticas, pois os dentes têm um papel importante de cortar e triturar os alimentos, causando deficiência mastigatória, podendo interferir na escolha dos alimentos em função de sua consistência e comprometer o estado nutricional do idoso no decorrer do tempo por conta do baixo valor nutricional desses alimentos<sup>3</sup>.

Em 2019, Petry et al.<sup>17</sup> demonstraram em seu estudo que, embora os idosos não apresentem queixas de constrangimento ou desconforto ao se alimentarem, muitas modificações podem estar acontecendo, gradativamente, e que soam como naturais, gerando prejuízos à qualidade de vida dos mesmos<sup>17</sup>.

Um padrão alimentar adequado é um dos principais fatores para a prevenção e o controle das doenças que acometem o indivíduo idoso. Na realidade, a dieta do idoso pouco difere da dieta de um jovem, porém é necessário atentar para a consistência dos alimentos, pois, muitas vezes, o idoso apresenta disfunções no ato da mastigação e da deglutição, fato que acarreta consideráveis déficits nutricionais, tendo em vista que, mediante tais limitações, a rotina dos hábitos alimentares é comumente alterada<sup>15</sup>.

Batiste et al.,<sup>18</sup> em 2017, discutiram sobre a deterioração da função mastigatória, percepção do paladar, bem como a qualidade de vida e concluíram que a diminuição da capacidade gustativa influencia diretamente na qualidade de vida dos pacientes, devido às repercussões sobre o prazer alimentar, consumo maior de alimentos macios e fáceis de mastigar e tipo e quantidade dos alimentos consumidos, o que pode resultar em desnutrição e subseqüentes consequências para a saúde em geral<sup>18</sup>.

A saúde bucal inadequada pode comprometer o estado nutricional e o bem-estar físico e mental do idoso. O profissional cirurgião-dentista precisa estar ciente sobre essas condições de saúde dos idosos e como as circunstâncias podem se apresentar na condição sistêmica do paciente<sup>4</sup>.

A capacidade de mastigação está diretamente ligada às perdas dentárias, pois estas influenciam nas funções estomatognáticas do idoso, considerando que a função mastigatória necessita dos dentes para cortar e triturar. Os alimentos, devido à sua consistência, determinam o número de ciclos mastigatórios e a atividade muscular. Os idosos podem ter deficiência na função mastigatória e, em consequência disso, alterações estruturais, morfológicas e bioquímicas como, por exemplo: diminuição da habilidade motora, força muscular deteriorada, perda de dentes, redução na percepção gustativa e da secreção natural de sucos gástricos,

diminuição da ingestão de água pela redução de sensação de sede, além de aparecimento de doenças periodontais e retração gengival<sup>14</sup>, como apresentados pelo paciente deste caso clínico.

A insatisfação dos indivíduos quando perdem os dentes mostra que a autoestima e a autoimagem dos idosos ficam muito prejudicadas<sup>17</sup>. Um dos maiores problemas bucais que os acometem é a perda de dentes, por esse motivo a reabilitação protética é fundamental para reestabelecer as condições bucais adequadas para o paciente<sup>16</sup>.

Durante o processo de realização do tratamento, o paciente e seus familiares relataram um ganho de peso de 2 kg nesse período, assim como uma melhora considerável na sua autoestima e em suas relações interpessoais, visto que o mesmo sorria abertamente em público e em fotos, além de apresentar boa dicção, demonstrando assim a importância da realização dos tratamentos reabilitadores protéticos.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico, o plano de tratamento e a correta execução dos procedimentos reabilitadores são de extrema importância para o restabelecimento da saúde bucal dos pacientes idosos. Dessa forma, esta não deve ser vista separadamente da saúde física, pois estão correlacionadas, tendo em conta que doenças bucais não tratadas podem ocasionar infecções e perda de dentes, acarretando inúmeros problemas e, assim, piorando o estado de saúde geral do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Cormack EF. A saúde oral do idoso. *Rev Bras Odontol.* [periódico na internet]; 2011 [acesso em 2019 abr 05]; 60(3): 167-9. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>.
2. Hiramatsu AD, Tomita EN, Franco JL. Perdas dentárias e a imagem do cirurgião dentista entre um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* [periódico na internet]; 2007 [acesso em 2019 abr 05]; 12 (4): 1051-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400026)
3. Jorge MT, Bassi ZKA, Yarid DS, Silva MH, Silva RPR, Caldana LM, et al. Relações entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos. *Rev CEFAC.* [periódico na internet]; 2009 [acesso em 2019 abr 05]; 11(3): 391-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s3/a15v11s3.pdf>
4. Rosa BL, Zuccolotto CCM, Bataglion C, Coronatto SAE. Odontogeriatrics – A saúde bucal na terceira idade. *RFO.* [periódico na internet]; 2008 [acesso em 2019 abr 15]; 13 (2): 82-86. Disponível em: <http://download.upf.br/editora/revistas/rfo/13-02/15.pdf>
5. Lima KL, Silva BK, Pessoa TM, Queiroz RCP, Cardoso MMN. Devolvendo sorriso com reabilitação em prótese total. *Arch Health Invest.* [periódico na internet]; 2018 [acesso em 2019 abr 15] 18(7): 2317-3009. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/3462>.
6. Silva SEM, Magalhães SC, Ferreira FE. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva.* [periódico na internet]; 2007 [acesso em 2019 abr 20]; 15(3): 813-20 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300024)
7. Moraes PR, Bernardes AO, Codgnole SD, Peçanha M, Diniz PA. Influência da reabilitação protética imediata na saúde periodontal: relato de caso. *Braz J Periodontol.* [periódico na internet]; 2017 [acesso em 2019 abr 10] 27(3):59-64. Disponível em: [http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/setembro/revperio\\_setembro\\_2017\\_publ\\_site\\_pag-59\\_a\\_64%20-%2027-09-2017.pdf](http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2017/setembro/revperio_setembro_2017_publ_site_pag-59_a_64%20-%2027-09-2017.pdf)
8. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública.* [periódico na internet]; 2000 [acesso em 2019 abr 10] 16(4): 1099-1109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400028&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400028&script=sci_abstract&tlng=pt).
9. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. *Odonto 2012* [periódico na internet]; 2012 [acesso em 2019 abr 10]; 20(40):41-8. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=790178&indexSearch=ID>
10. Costen, JB. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the

- temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laringol.* [periódico na internet]; 1934 [acesso em 2019 abr 05]; 10(1): 805-819. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9342976>
11. Shibayama R, Shibayama B, Filho HG, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. *Rev Odontol Araçatuba.* [periódico na internet]; 2006 [acesso em 2019 abr 10]; 27(1):67-72. Disponível em: [https://apcdaracatuba.com.br/revista/volume\\_27\\_01\\_jan-jun\\_2006/PDFs/PROTESE%20TOTAL%20IMEDIAT A.pdf](https://apcdaracatuba.com.br/revista/volume_27_01_jan-jun_2006/PDFs/PROTESE%20TOTAL%20IMEDIAT A.pdf)
12. Gomes AC, Gomes AC, Venâncio GN, Gonçalves FC, Takahashi JMF, Braga FP. Reabilitação bucal com prótese total imediata. *Full Dent.* [periódico na internet]; 2014 [acesso em 2019 abr 13]; 5(20): 590-4. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/313599356\\_Reabilitacao\\_bucal\\_com\\_protese\\_total\\_imediata](https://www.researchgate.net/publication/313599356_Reabilitacao_bucal_com_protese_total_imediata)
13. Santos JCA, Silva JD, Haddad MF. Reabilitação com prótese total imediata: Relato de caso. *Rev Odontol Araçatuba.* [periódico na internet] 2015 [acesso em 2019 abr 10]; 36(2):24-8. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/16777>
14. Okoje VN, Dosumu OO, Alonge PARA, Onyeano C. Tooth loss: are the patients prepared? *Niger J Clin Pract.* [periódico na internet] 2012 [acesso em 2019 abr 05]; 15 (2): 172-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22718167>
15. Toral N, Gubert MB, Schmitz BA. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. *Rev Nutr* [periódico na internet] 2002 [acesso em 2019 abr 05] 19(1): 660-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000100003)
16. Medeiros SL, Pontes MPB, Magalhães HV. Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [periódico na internet] 2014 [acesso em 2019 abr 05]; 17(4): 807-817. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00807.pdf>
17. Petry J, Lopes AC, Cassol, K. Autoperception of food conditions of elderly dental prosthetic users. *JSBFa.* [periódico na internet] 2019 [acesso em 2020 out 29] 31(3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31314861/>
18. Batisse C, Bonnet G, Eschevins C, Hennequin M, Nicolas E. The influence of oral health on patients food perception: a systematic review. *J Oral Rehabil.* [periódico na internet] 2017 [acesso em 2020 out 29] 44(12):996-1003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28600840/>