

## IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL EM PACIENTE DEPENDENTE: DA LIMITAÇÃO À EXECUÇÃO - RELATO DE CASO

Cariles Silva de Oliveira

*Não há vínculo institucional - [carilessol2008@hotmail.com](mailto:carilessol2008@hotmail.com)*

### INTRODUÇÃO

O biofilme dental é um dos principais responsáveis por duas das doenças mais prevalentes na cavidade bucal, a cárie e a doença periodontal. Também denominada como placa bacteriana, é formada por depósitos bacterianos e constituintes salivares, que formam uma película não calcificada, fortemente aderida às superfícies dentais, estando em crescimento contínuo quando não controlado<sup>1</sup>. Na população idosa, a associação entre higiene oral inadequada, periodontite crônica e doenças pulmonares, como a pneumonia adquirida na comunidade, a pneumonia nosocomial e a doença pulmonar obstrutiva crônica tem sido relatada em indivíduos com idade avançada<sup>2</sup>. Sabe-se que bactérias presentes nas doenças periodontais podem ser liberadas da placa bacteriana supragengival e subgengival para as secreções salivares, que por sua vez, podem ser aspiradas para o trato respiratório inferior e causar doenças pulmonares<sup>3</sup>.

No Brasil, as doenças pulmonares são patologia responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade entre a população. A higiene bucal executada de forma eficiente e o tratamento periodontal propriamente dito são condutas de fundamental importância porque a frequência de doenças periodontais em indivíduos com idade avançada é muito alta<sup>2</sup>.

Dentre os problemas freqüentemente encontrados por familiares ou cuidadores durante a escovação em pessoas incapacitadas citam-se constante movimento da língua, cerramento dos dentes, movimentos involuntário da cabeça e do pescoço, aumento da tensão dos músculos faciais, aumento do reflexo de engasgar, afastamento da cabeça, movimento para empurrar a escova ou reações adversas mais sérias<sup>4</sup>.

Desse modo, se faz necessária a atuação de um cirurgião dentista para orientar os responsáveis pelo provimento da assistência, a executarem o procedimento de higiene oral de forma segura e eficiente, considerando a condição clínica de cada paciente.

## Caso Clínico

J. S. B., 79 anos, sexo masculino, portador de Doenças de Alzheimer e Parkinson em grau avançado, arritmia instável, restrito ao leito, em uso de poli fármacos e de sonda nasointestinal para dieta e medicações, porém ainda com liberação parcial para dieta oral. O mesmo é acompanhado por equipe multiprofissional: fisioterapeuta, fonoaudióloga e nutricionista, que prestam assistência domiciliar. É assistido por três técnicas de enfermagem que trabalham em regime de plantão.

Os familiares entraram em contato afim de que o mesmo fosse avaliado por um cirurgião dentista odontogeriatra, tendo em vista, a percepção de sangramento gengival durante a higiene oral pelas cuidadoras.

Durante a avaliação inicial, observou-se vedamento labial excessivo, recusa ao procedimento e dificuldades de acesso à cavidade bucal. Através do afastamento labial ativo e utilização do abridor de Molt (Fig. 3), foi conseguida a abertura necessária, bem como estabilização da mandíbula para realização do procedimento. Ao exame da cavidade oral observaram-se restos radiculares, gengivite, saburra lingual, tórus mandibular e exostoses. O paciente apresentava várias raízes dentárias com mobilidade e parcialmente recobertas por gengiva, formando cavidades que acumulavam restos alimentares de forma crônica, sendo deficiente a limpeza pela escova dental nessas regiões.

Inicialmente foi realizada a desinfecção oral com clorexidina 0,12% embebida em gaze e higiene das raízes com cureta de dentina, onde se observou grande acúmulo de restos alimentares. Não foi realizada profilaxia antibiótica para o procedimento, visto que o paciente não apresentava indicação. Em seguida realizou-se a escovação dos restos radiculares e de toda a mucosa: gengiva, palato, bochechas, com escova dental macia e creme dental à base de Cloridrato de Benzidamida. A higiene da língua foi realizada com um dispositivo artesanal, confeccionado com espátulas de madeira, gaze e fita, imerso no antisséptico bucal. O uso de fio dental foi dispensado, pois não havia dentes preservados com pontos de contato íntegros.

Todas as etapas foram explicadas à cuidadora, sendo enfatizada a importância de se manter um bom estado de saúde bucal do paciente acamado, a fim de se prevenir complicações locais e sistêmicas. Desse modo a higiene oral foi realizada em sua totalidade, minimizando complicações ao paciente e trazendo-lhe conforto.

O paciente permanece em acompanhamento mensal, sendo o procedimento realizado pelo odontogeriatra, oportunidade em que são reforçadas as orientações às cuidadoras, as quais mostraram adesão às orientações fornecidas. O acompanhamento do cirurgião dentista odontogeriatra é fundamental para provimento da assistência de

forma integral, atendendo às necessidades individuais do paciente e para o treinamento de cuidadores responsáveis pela assistência diária.



Fig.1- Materiais usados para executar higiene oral.



Fig. 2- Paciente acomodado em cadeira adaptada, para o procedimento.



Fig.3 – Abridor de boca de Molt, permitindo acesso à cavidade oral.



Fig. 4- Higiene oral com uso de escova macia e dentífrico.





Fig. 5- Curetagem de raízes residuais com cureta de dentina.



Fig. 6 – Remoção da saburra lingual com espátula de madeira e gaze

## DISCUSSÃO

A doença de Alzheimer chega a atingir cerca de 40% das pessoas acima de 85 anos. O déficit de saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionado a cárie e problemas periodontais (gingivite periodontite) devido à deficiência no controle da placa bacteriana e à hipossalivação medicamentosa, bastante frequente. O uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, a presença de lesões de mucosa, são extremamente comuns. Infelizmente há falta de ações preventivas voltadas para promoção de saúde e adequação do meio bucal desses indivíduos<sup>5</sup>.

A condição de higiene oral está relacionada com o número de espécies de bactérias na boca. Em pacientes com higiene oral precária, que não se alimentam via oral, outros fatores ainda predis põe esses indivíduos, a exemplo da diminuição da autolimpeza, promovida pela mastigação de alimentos duros e fibrosos e a movimentação da língua e das bochechas durante a fala, redução do fluxo salivar, pelo uso de alguns medicamentos, contribuindo para o aumento do biofilme. A higiene oral precária está relacionada a infecções pulmonares subsequentes, ocorrência de febre e pneumonia<sup>4,6</sup>

A pneumonia aspirativa em idosos é frequentemente causada por disfunções na deglutição e no reflexo de tosse. Pacientes com problemas cerebrovasculares ou neurológicos apresentam uma diminuição da sensibilidade do reflexo de tosse, sobretudo aqueles em avançado estado da doença de Parkinson. A disfagia, caracterizada pelo

distúrbio da deglutição, está principalmente presente em pacientes com demência e AVC. Tais disfunções levam a aspirações silenciosas, predispondo a infecções pulmonares bacterianas e DPOC, quando o mecanismo de defesa pulmonar está debilitado<sup>6</sup>.

Idosos com AVC, Mal de Parkinson e com demência são particularmente de alto risco e, devido a essas doenças, é necessário que não negligenciem a higiene oral, seja edêntulo ou não. A mesma, quando realizada de forma diária, estimula nervos sensoriais na cavidade oral, melhorando o reflexo de deglutição<sup>6</sup>.

Pacientes idosos que apresentam habilidade motora ainda preservada, devem ser estimulados a executar a higiene oral, porém, os que apresentam perda da capacidade cognitiva frequentemente são incapazes de realizá-la, devendo essa tarefa ser executada por cuidadores devidamente treinados ou profissionais de enfermagem. A supervisão e orientação de um cirurgião dentista se faz necessária a fim de melhorar a frequência e eficiência das atividades e de permitir a integração das ações<sup>7</sup>.

Dentre os recursos materiais para a execução da higiene oral recomenda-se a escova dental de cabeça pequena e cerdas macias, as quais devem ser direcionadas para o sulco gengival ou as escovas elétricas para aqueles com algum grau de deficiência motora. As mesmas devem ser usadas por um período médio de dois meses. O fio dental deve ser usado sempre que possível, pois complementa a limpeza da região interdental. O uso de suporte para fio podem ser um recurso adicional para pacientes com dificuldade motora. Limpadores de língua devem ser usados para remover a saburra lingual, desobstruindo as papilas linguais, promovendo melhorada percepção gustativa e redução da halitose<sup>7,8</sup>. O uso de dentífrício deve ser mantido por suas propriedades levemente abrasiva e detergente, não devendo ultrapassar um terço da escova. No caso de pacientes dentados que não conseguem fazer bochecho, deve ser utilizado o colutório com flúor, embebido na escova<sup>7</sup>.

Quando o paciente não consegue abrir a boca, ou mantê-la estável, o uso de abridores se fazem necessários, a fim de se permitir acesso à cavidade bucal. Existem vários tipos de abridores de boca no mercado odontológico, porém o mais indicado para uso por cuidadores é o confeccionado com espátula de madeira e gaze (Fig. 1). Esse tipo de abridor, além de proporcionar boa abertura bucal, é de fácil apreensão e controle pelo acompanhante<sup>7,8</sup>.

Além dos recursos descritos, podem ser citados outros meios mecânicos de limpeza, a exemplo das escovas interdentais, passa fio, irrigadores de água sob

pressão, além de outros, devendo cada recurso ser avaliado e indicado pelo cirurgião dentista, considerando o quadro geral de cada paciente<sup>8</sup>.

## CONCLUSÕES

A higiene oral em idosos dependentes requer cuidados adicionais em sua execução, em virtude das limitações cognitivas apresentadas pelos mesmos. Trata-se de uma prática de fundamental importância para a prevenção de complicações locais e sistêmicas e para o conforto dos pacientes, os quais já não têm condições de executar atividades de autocuidado. Cuidadores e familiares devem ser treinados e motivados pelo cirurgião dentista, quanto à necessidade de manutenção de uma boa higiene bucal desse público, a fim de que possam enfrentar as dificuldades inerentes à execução da higiene oral de pacientes dependentes com consciência e comprometimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casotti, CA, Rocha M, Francisco, KMS, Nery AA, Meira, SS. Correlação entre os índices de higiene oral simplificada e cárie dentária. *Odontol. Clín-Cient.*,2014; jan/mar;13(1):345-349
2. Vendola, MCC, Neto, AR. *Bases Clínica em Odontogeriatrics*. São Paulo. Editora Santos, 2009. 212-213
3. Haddad, AS. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo. Editora Santos, 2007; 518-520.
4. Amaral, SM, Cortês, AQ, Pires, FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J BrasPneumol*.2009; nov; 35(11): 1116-1124
5. Alexandre FM, Lia EN, Leal SC Miranda MPAF, Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *RGO*, 2010; jan/mar; 58(1): 103-107
6. Mukai, MK ; Galhardo, APM ; Shiratori, LN ; MORI, M. ; GIL, C . Manobras odontológicas para diminuição do risco de pneumonia aspirativa em idosos. *RPG. Revista de Pós-Graduação (USP)*. 2010; 16: 43-48
7. Montenegro FLB, Marchini L. *Odontogeriatrics: uma visão gerontológica*. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2013, 360 p.
8. Pita, MS. Cuidados com a higiene bucal do idoso: orientações, materiais e métodos utilizados. *Revista Uningá*. 2009; out/dez; 22:167-183.