

## **Abordagem multidisciplinar na higiene bucal de idosos com limitações manuais**

Lígia Antunes Pereira Pinelli<sup>1</sup>, Andréia Affonso Barretto Montandon<sup>1</sup>, Laiza Maria Grassi Fais<sup>1</sup>, Gisela David Lujan Garcia<sup>1</sup>, Patrícia Cristina Urbano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP- Universidade Estadual Paulista, e-mail: ligia@foar.unesp.br*

<sup>2</sup> *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*

### **RESUMO**

A saúde bucal está diretamente ligada a uma boa higiene bucal, contudo, não é tão simples realizar a higiene dos dentes, mucosas e próteses sobretudo em pacientes com idade mais avançada e com limitações manuais. O controle do biofilme dental pode ser feito tanto no consultório odontológico quanto em casa, sendo que se obtém o melhor custo benefício quando o paciente se encontra motivado e educado para realizar a limpeza da boca sozinho. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi mostrar aos diversos profissionais da área de saúde os principais métodos disponíveis para a higiene bucal caseira de indivíduos, em especial idosos com limitações manuais, suas principais indicações e contraindicações, a fim de que sejam indicados produtos e dispositivos capazes de reduzir a formação de biofilme. Dos produtos indicados um dos mais eficientes é o digluconato de clorexidina 0,12% que promove o controle químico do biofilme, outra fonte de controle é através da terapia fotodinâmica. Dentre os dispositivos que podemos utilizar encontram-se as escovas elétricas, escovas dentais com adaptações de cabos e as órteses de mão que são dispositivos utilizadas principalmente para aliviar as articulações e melhorar a apreensão da escova em pacientes com artrite, artrose, parkinsonianos e pacientes com limitação de movimento devido ao tratamento oncológico; há ainda a preocupação com a correta higienização das próteses, sendo que para se fornecer uma melhor autonomia do pacientes podem-se criar dispositivos fixos às pias para que as mesmas possam ser limpas. Conclui-se que é de extrema importância o conhecimento dos principais métodos e meios de limpeza dos dentes, mucosas e próteses por parte dos profissionais de saúde envolvidos com pacientes idosos e com limitações manuais a fim de ajudá-los e estimulá-los no auto-cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência a idosos, Assistência odontológica para idosos, Higiene bucal, Aparelhos ortopédicos, Biofilmes.

## INTRODUÇÃO

As doenças sistêmicas que mais acometem os idosos são as cardiocirculatórias, as doenças reumáticas, as alergias e o diabetes melito (Pinelli et al., 2005) que são doenças que podem ocasionar alterações bucais principalmente em função do uso de medicamentos. Muitos dos problemas odontológicos são resultados de complicações de processos patológicos acumulados durante toda vida, devido à higiene bucal deficiente, iatrogênicas, falta de orientação e de interesse em saúde bucal, além da falta de acesso aos serviços de assistência odontológica (Shinkai e Del Bel Cury, 2000), acarretando também altos índices de edentulismo. Porém, há uma tendência mundial de maior retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos (Shinkai e Del Bel Cury, 2000).

Idosos com limitações manuais são cada vez mais frequentes no atendimento odontológico, isso porque o envelhecimento é um processo progressivo, gradual e variável, caracterizado pela perda crescente de reserva funcional. Como consequência deste, ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, tornando o indivíduo mais propenso a adoecer, em virtude das limitações funcionais associadas às afecções agudas ou crônicas, aumentando as chances de levar o idoso à morte (Johnson et al., 2006).

Tem-se observado no Brasil importantes modificações no perfil de morbidade e mortalidade, principalmente devido às transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais (Malta et al., 2006; Iser et al., 2011). 75,5% dos idosos sofrem de doenças crônicas no país (Veras e Parahyba, 2007), e segundo um estudo realizado em 2009, em menos de 40 anos enfermidades complexas e que dependem de tratamentos mais dispendiosos passaram a atingir pessoas de faixas etárias mais avançadas no Brasil (IBGE, 2009).

Frente a importância de se trabalhar na educação e motivação do idoso para uma correta higiene bucal, este trabalho teve por objetivo fornecer aos diversos profissionais da área de saúde os principais métodos disponíveis para a higiene bucal caseira de indivíduos, em especial idosos com limitações manuais, suas

principais indicações e contraindicações, a fim de que sejam indicados produtos e dispositivos capazes de reduzir a formação de biofilme dental.

## **METODOLOGIA**

Por meio de casos clínicos foram apresentados dispositivos e métodos específicos para realização da higiene da boca e das próteses incluindo-se conceitos para que se compreenda a necessidade de prover independência com o máximo de eficiência para o auto-cuidado em saúde bucal de pacientes com limitações funcionais.

Os seguintes assuntos foram abordados por meio de fotos e legendas explicativas:

- diferença entre órtese e prótese, os conceitos de autonomia e motivação do paciente, as doenças que causam limitações funcionais por meio da diminuição da força e motricidade e a importância em se higienizar as próteses bucais, apresentando as especificidades e as formas de se solucionar essas limitações do ponto de vista odontológico e de qualidade de vida.

## **RESULTADOS**

Considerando os objetivos do estudo e a metodologia descrita, os resultados foram alcançados diante dos seguintes conceitos:

- Os efeitos cognitivos e motores da doença de Parkinson têm um efeito potencial na higiene oral devido à limitação funcional das mãos. Para os pacientes com esta patologia pode-se usar órteses capazes de produzir a tensão na mão do paciente, tal como uma pequena bola de borracha com um peso leve ligado à escova de dentes e ao suporte do fio dental (Figura 1). Na maioria das vezes essa tensão na mão é o suficiente para diminuir os tremores nas mãos e para melhorar o controle fino de movimento das mãos do paciente a fim de se obter uma higiene oral mais eficiente;



Figura 1- Exemplo de dispositivo utilizado para Parkinsonianos no auxílio para passar o fio dental.

- Normalmente, os pacientes se queixam de dificuldade de movimentação das articulações, rigidez, inchaço, vermelhidão, dor e sensibilidade ao redor da articulação. Essa condição afeta com gravidade dedos, mãos, punho, cotovelo e ombros, fazendo com que a área afetada fique muito dolorosa e enfraquecida, com força limitada de apreensão de objetos, e limitações nos movimentos dos ombros e cotovelos. O dentista deve ser capaz de encontrar a faixa confortável de movimento para esses pacientes, diminuindo o estresse do corpo durante as atividades de higiene bucal, trabalhando com as limitação dos pacientes, fazendo uso de determinadas órteses para alongar o cabo da escova de dentes para minimizar o movimento dos ombros, e também a criação de uma alça ticker na dente escova para ajudar a pega dos pacientes diminuindo a tensão transmitida aos dedos tornando a higiene oral para esses pacientes mais confortável e menos dolorosas.

- O cabo da escova pode ser customizado realizando-se a moldagem da mão do paciente com silicone de condensação, realizando a inclusão do molde e posteriormente unindo as partes em resina acrílica na escova do paciente (Figuras 2 e 3) o que confere ao paciente maior conforto ao escovar gerando uma melhor qualidade de vida (de Mattos et al., 1998, Montandon et al., 2006). O cirurgião-dentista deve usar conceitos básicos de terapia ocupacional de uma maneira multidisciplinar nesses pacientes.



Figura 2- Engrossamento do cabo da escova feito em resina acrílica.



Figura 3- Cabo da escova customizado facilitando a pega do cabo da escova.

- As órteses de mão (Figura 4) são utilizadas principalmente para aliviar as articulações e melhorar a apreensão da escova por permitir uma melhor distribuição da força transmitida ao cabo da escova; pacientes com artrite, artrose, parkinsonianos e aquelas com limitação de movimento devido ao tratamento oncológico (câncer de mama) são os mais beneficiados com estes tipos de órteses estabilizadoras devido à limitação dos movimentos indesejados e à diminuição da amplitude articular do segmento inflamado ou doloroso. As órteses são classificadas em: estabilizadoras, que mantém uma posição e impedem movimento indesejado, o que dá a esse tipo de órtese, utilidade como correção de pé equino, fraturas e dores, e para diminuir a amplitude articular de um segmento inflamado ou doloroso; funcionais, também conhecidas de *dinâmicas*, são mais flexíveis, e permitem um movimento limitado; corretoras, que são órteses indicadas para corrigir deformidades esqueléticas e geralmente tem seu uso em idades infantis para corrigir membros em desenvolvimento e órteses protetoras, que mantém protegido um órgão afetado.

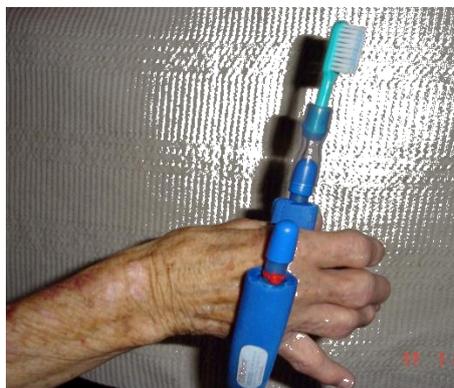


Figura 4- Exemplo de órtese acoplada à mão de uma paciente.

- Os pacientes que fazem uso de andadores também precisam de uma atenção especial. Pode ser muito difícil para tais pacientes usar ambas as mãos durante a higiene oral. Eles precisam ser capazes de manter pelo menos uma mão para dar apoio e equilíbrio para seu corpo enquanto estão no banheiro para realizar a higiene bucal regular e não caírem. A órtese que fixa a escova na borda da pia (Figura 5) para que o paciente possa ser capaz de escovar suas próteses, segurando com a outra mão seu andador, bengala ou mesmo na pia para ajudar a manter o equilíbrio enquanto realiza a escovação pode dar independência suficiente ao paciente e auxiliar no auto-cuidado.



Figura 5- Dispositivo que fixa a escova na pia facilitando o processo de higienização da prótese.

As alterações relacionadas com a idade associada à maior ocorrência de doenças crônicas gera ao idoso certo grau de dependência com perda de autonomia e dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (Tinoco, 2015). Alguns tipos de limitações ou dificuldades para realizar suas atividades habituais por causa de algum problema de saúde ou incapacitação são relatadas por cerca de 25% dos indivíduos acima de 50 anos (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Algumas doenças estão associadas direta ou indiretamente com a perda da capacidade motora do paciente o que dificulta ainda mais a higiene, seja ela corporal ou bucal, e isso implica em maior atenção para os problemas que acometem a cavidade oral. Por exemplo, o câncer de mama pode levar a uma série de situações que causam limitações manuais. Durante a cirurgia de mama (mastectomia) pode ocorrer lesão de alguns nervos ao redor da área causando por si só limitações dos movimentos dos braços. Outra condição é a ocorrência de linfoedema onde alguns linfonodos da axila são removidos durante a mastectomia, outras vezes eles são afetados pela radioterapia causando bloqueio da linfa e causando inchaço nos braços e mãos. Linfoedema relacionado à câncer de mama esta presente em 25% dos sobreviventes e pode impactar no uso dos membros superiores durante as atividades diárias. Mulheres com edema linfático tem menos flexão do cotovelo, força e rotação de ombro e menor força manual (Smoot et al., 2010).

A quimioterapia também pode levar a uma neuropatia periférica gerada por danos aos nervos devido ao uso de certas drogas. São medicamentos à base de platina, taxanos, epotilonas, e plantas alcalóides, bem como a talidomida e bortezomib (Ness, 2010). Os sintomas normalmente incluem: dor, ardor ou formigamento nos dedos das mãos, dedos, mãos e pés, perda da sensação de toque, dificuldade em pegar objetos, dor nas mãos e fraqueza e fraqueza muscular (Ness, 2010).

Outras doenças que ocasionam limitações manuais são o Parkinson que é uma síndrome neurológica progressiva, associada à idade, que ocorre principalmente devido a uma formação e ação insuficiente da dopamina ocasionando tremores de repouso, rigidez, incapacidade em iniciar movimentos (acinesia) e prejuízo no reflexo postural e o acidente vascular encefálico (AVE) que é ocasionado quando o fornecimento de

sangue para uma parte do cérebro é interrompido por um coágulo na artéria ou, por vezes, por um rompimento da artéria (Handley et al., 2009). Uma queixa comum em pacientes pós-AVE é a dor em membro superior. Frequentemente a articulação do ombro, mão e punho são afetados, geralmente com mobilidade limitada do ombro e, por vezes, inchaço da mão e punho e mobilidade incompleta dos dedos no membro acometido (Zyluk e Zyluk, 2006).

Doenças reumáticas também geram limitações aos pacientes pois são doenças caracterizadas por inflamação com vermelhidão, inchaço, dor na área do corpo afetada (mãos, dedos, ombros, joelhos, cotovelos, articulações, etc.) e que pode causar perda de função de uma ou mais estruturas de suporte do corpo. Alguns exemplos de doenças reumáticas são a osteoartrite, a artrite reumatóide, artrite juvenil, fibromialgia, lúpus eritematoso, bursite, tendinite, etc. As doenças reumáticas afetam as pessoas de todas as idades e raças e pode ser causada por uma combinação de fatores genéticos e ambientais.

Assim, os efeitos da senilidade, ou seja, do impacto das várias patologias durante o processo de envelhecimento podem causar limitações motoras que por sua vez podem influenciar diretamente na qualidade de higiene bucal dos indivíduos e com isso impactar em sua saúde bucal. Problemas como cáries e doença periodontal passam a ser mais frequentes. Sabe-se que a doença periodontal possui forte associação com a presença de biofilme e que há diversas formas de se eliminar ou reduzir tal formação em consultório ou em casa. Em consultório, o cirurgião-dentista pode realizar raspagens e alisamentos radiculares, profilaxias dentais, controles periódicos eficazes e instruções claras para o paciente. Todavia, o meio que parece ter melhor relação entre o custo e o benefício é o controle mecânico caseiro, porém isso muitas vezes envolve conscientização sobre a saúde bucal e mudanças de hábitos. Sabe-se que a motivação individual exerce um importante papel na implementação das recomendações de higiene bucal dos pacientes por parte dos profissionais (Asimakopoulou e Newton, 2015; Asimakopoulou et al., 2015).

O controle diário de biofilme é de extrema importância para a manutenção da saúde periodontal, sendo o primeiro passo a escovação dos dentes, língua e próteses. A escovação pode ser realizada com escova dental e pasta ou somente escova dental, e deve ser realizada ao menos quatro vezes ao dia, porém, mais

importante do que a frequência é a qualidade da escovação. Pacientes com limitações funcionais também podem fazer uso de escovas elétricas, pois o uso da escova elétrica associada a movimentos circulares suaves pode estimular as articulações e músculos dos pacientes.

A redução de sua habilidade manual se torna um problema para conseguir uma limpeza bucal eficiente. A utilização de uma manopla de bicicleta acoplada à uma escova de dentes para pacientes com artrite reumatóide e que possuem uma a força de apreensão reduzida, é um procedimento simples que não só melhora a integração dos pacientes em relação à sua higiene oral, mas também contribui para a terapia multidisciplinar da articulação e estimulação muscular, promovendo assim maiores condições de independência e melhoras emocionais (Montandon et al., 2006).

Há dispositivos que auxiliam os pacientes com dificuldades em realizar o controle mecânico como por exemplo as órteses que são dispositivos externos ou apoios aplicados ao corpo para modificar os aspectos funcionais ou estruturais do sistema neuromusculoesquelético para obtenção de alguma vantagem mecânica ou ortopédica; e neste sentido, o uso de órteses em Odontologia pode ser bastante vantajoso quando há a necessidade de melhorar o desempenho da higiene bucal de pacientes com restrições manuais.

Como profissionais de odontologia, precisamos manter em nossas mentes que, quando um paciente sofre de uma condição que causa dor, eles tendem a evitar a situação. O mesmo ocorrerá com a higiene oral. Se for doloroso ao paciente escovar e passar o fio dental em seus dentes será mais confortável ao paciente negligenciar as atividades de higiene oral colocando em risco a sua saúde oral e consequente a saúde geral. É muito importante ajudá-los a serem capazes de realizar sua rotina de auto-cuidado de forma mais independente e conseguir uma higiene oral mais eficiente. Os benefícios potenciais de auto-cuidados são muito importantes para evitar mais doenças e para melhorar a qualidade de vida (Kennedy et al., 2007), a longevidade e a inclusão social.

O profissional tem que estar familiarizado e melhorar seu conhecimento em relação ao uso de órteses a fim de ser capaz de prescrever um opção correta para cada pacientes; que necessita ser visto além dos protocolos de visitas e tratamentos

odontológicos, mas como pacientes que trazem sua próprias histórias de saúde e limitações físicas. É muito importante uma anamnese meticulosa e um grande senso de observação para identificar as causas das limitações, se uma doença, uma sequela de tratamento ou uma combinação de ambos. Ser capaz de identificar o problema e saber como ele irá interferir no auto-cuidado em higiene bucal do paciente, e como ele vai progredir para fazer as mudanças necessárias dá ao profissional da área odontológica a capacidade de fornecer a intervenção certa para ajudá-los a serem mais motivados, para construir sua auto estima em ter o controle de seu próprio cuidado pessoal.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que é de extrema importância o conhecimento dos principais métodos e meios de limpeza dos dentes, mucosas e próteses por parte dos profissionais de saúde envolvidos com pacientes idosos e com limitações manuais a fim de ajudá-los e estimulá-los no auto-cuidado.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Johnson NW, Glick M, Mbuguye TN. (A2) Oral health and general health. *Adv DentCRes*. 2006 Apr 1;19(1):118-21.
2. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Neto OLM, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15(3): 47-65.
3. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, Malta DC, Neto OLB. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico- Vigitel Brasil-2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(3):90-102.

4. Veras RP; Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2007; 23(10):2479-89.
5. IBGE Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil : 2009 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. -2009. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=242597>. Acessado em: 14/08/2016.
6. Pinelli LA, Montandon AAB, Boschi A, Fais LMG. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS. 2005; 20(47):69-74.
7. Shinkai RSA, Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. Cad. Saúde Pública. 2000; 16:1099-109.
8. Tinoco ALA, Rosa COB Saúde do Idoso: Epidemiologia, aspectos nutricionais e processos do Envelhecimento. Ed Rubio 1a ed, Rio de Janeiro:Rubio, 2015. 528p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 186p.
10. Smoot B, Wong J, Cooper B, Wanek L, Topp K, Byl N, Dodd M. Upper extremity impairments in women with or without lymphedema following breast cancer treatment. J Cancer Surviv. 2010; 4(2):167-78. doi: 10.1007/s11764-010-0118-x.
11. Ness SM. Living with cancer blog, Peripheral neuropathy: Managing the side effects of chemotherapy, June 10, 2010. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/expert-blog/chemotherapy-neuropathy/bgp-20056305>. Acessado em 14/08/2016.

12. Handley A, Medcalf P, Hellier K, Dutta D. Movement disorders after stroke. *Age Ageing*. 2009; 38(3):260-6. doi: 10.1093/ageing/afp020.
13. Zyluk A, Zyluk B. [Upper limb pain and limited mobility in the patients after stroke]. *Wiad Lek*. 2006; 59(3-4):227-31.
14. Asimakopoulou K, Newton JT. The contributions of behavior change science towards dental public health practice: a new paradigm. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(1):2-8.
15. Asimakopoulou K, Newton JT, Daly B, Kutzer Y, Ide M. The effects of providing periodontal disease risk information on psychological outcomes— a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*. 2015;42(4):350–5.
16. de Mattos MG, Pinelli LA, Ribeiro RF, Bezzon OL. Fabrication of an acrylic resin device used to increase the size of toothbrush handles. *J Prosthet Dent*. 1998;79(3):361-2.
17. Montandon AA, Pinelli LA, Fais LM. Quality of life and oral hygiene in older people with manual functional limitations. *J Dent Educ*. 2006;70(12):1261-2.
18. Kennedy A, Rogers A, Bower P. Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ*. 2007;335(7627):968-70.