

A IMPORTÂNCIA DO APRENDIZADO DA HIGIENE ORAL AO CUIDADOR DO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Gabriela Bohrer Bolsson²
Kamila Cristiane Delago Roja²
Stefanie B Werle²
Patrícia Pasquali Dotto³

Resumo

O objetivo do presente estudo foi revisar por meio da literatura, a importância de o cuidador do portador da Doença de Alzheimer entender a doença e sua evolução, aprender estratégias para um melhor manejo do portador, enfatizando os cuidados em relação à saúde bucal do mesmo, bem como, ressaltar a importância da elaboração de um programa de capacitação e um plano de ação com medidas simples de controle da saúde bucal tanto para o portador quanto para o cuidador.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Higiene Bucal; Cuidador.

¹ Artigo de Revisão de Literatura

² Acadêmico de Graduação em Odontologia no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Rio Grande do Sul, Brasil;

³ Professor Adjunto de Odontologia no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Rio Grande do Sul, Brasil;

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial, inclusive da brasileira, implica em maior incidência de doenças crônico-degenerativas causadoras de demência (VILELA; CARAMELLI, 2006). A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva, irreversível, acarretando diminuição da memória, dificuldade de raciocínio, de pensamento e alterações comportamentais (VIEL, CAOVILO, 1999). Prejudica a orientação temporal e espacial do portador, é associada à afasia, deterioração psicossocial avançada, alucinações, paranóia, dificuldade de aprendizado e de comunicação (VIEL, CAOVILO, 1999).

Como sintomas iniciais, apresentam-se a perda da memória e fixação, com dificuldade para reter informações, evoluindo para distúrbios da linguagem, com anomia, dificuldade cada vez maior para executar as atividades da vida diária e declínio no raciocínio abstrato. Evoluindo para a fase intermediária da doença, o paciente torna-se incapaz de aprender novos conhecimentos, apresenta redução da memória de evocação, necessita auxílio para a higiene pessoal, apresenta desorientação temporal e espacial, e distúrbios do comportamento (agitação, perambulação, agressividade). No estágio terminal, o paciente torna-se acamado, incontinente, afásico e fica sujeito a infecções respiratórias, desnutrição e desidratação (HENRY, 1999).

Embora a DA corresponda a 50% das demências existentes, não existem até o presente, métodos que permitam o diagnóstico clínico definitivo. Sabe-se que, quanto mais precoce o diagnóstico da DA, melhor o auxílio à família para lidar com o paciente; além de o tratamento ser beneficiado, devido ao fato de a terapia iniciar mais cedo. Atualmente o diagnóstico clínico da DA ocorre por exclusão, por meio do descarte de outras patologias que poderiam estar causando os mesmos sintomas da DA, como tumores e complicações cerebrais. O número de pacientes com DA no Brasil é estimado em 1 milhão e 200 mil e de 18 milhões no mundo. Em função do envelhecimento mundial global esse número aumentará dramaticamente e, em 2025, serão 34

milhões de portadores sendo 2/3 em países em desenvolvimento (VIEL & CAOVILO, 1999). O diagnóstico definitivo da DA depende de exame anatomopatológico de tecido cerebral obtido em biópsia ou necropsia. Apesar dessa limitação, a segurança do diagnóstico clínico é elevada, não havendo, portanto, indicação de biópsia cerebral com esta finalidade. A DA tem curso lentamente progressivo, com duração média de oito anos entre o início dos sintomas e o óbito (VILELA; CARAMELLI, 2006).

Quanto mais a família e o cuidador – pessoa que direta e primariamente é responsável pelos cuidados do paciente (FERRARI, 2007) entendem a doença e sua evolução, maiores as chances de aprender estratégias e usufruir recursos paliativos com sucesso. O envolvimento da família é um componente chave no tratamento contínuo do paciente com demência. Da mesma forma que a manutenção de um bom suporte médico, odontológico, psicológico e nutricional ocorra, para que o paciente e os cuidadores mantenham ou melhorem o bem estar fisiológico, psicológico e social do portador (GOLDMAN et al., 1993).

Apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário, deve-se atentar também para as suas necessidades. Os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não cuidadores. O ato de cuidar de um doente crônico está associado ao aumento de estresse, depressão e a uma função imune reduzida (HENRY, 1999).

No campo odontológico, deve-se entender a importância do cuidador para a saúde do portador de DA e por isso deve treiná-lo para cuidar da boca do paciente quando este não tiver mais a habilidade necessária para tal função. Antes de iniciar o tratamento, o profissional deve obter o consentimento de seu tutor, que é o responsável legal pelo paciente. O cuidador tem um papel importante durante o tratamento dentário, pois é encorajado a sentar-se ao lado do paciente para que este fique menos ansioso e estressado, pois vai segurar a mão do paciente e/ou distraí-lo. Um benefício final de ter o cuidador presente é testemunhar as necessidades dentárias do paciente e também do tratamento dado. Com essa

aproximação, o cuidador se torna um membro da equipe do tratamento bucal e um defensor de cuidados contínuos para o portador (HENRY, 1999).

Com base nas evidências que indicam as necessidades diferenciadas dos pacientes portadores de DA e, por conseguinte, dos aspectos que se referem ao cuidado em saúde tanto dos portadores de DA como de seus cuidadores/familiares, que muitas vezes não recebem a atenção adequada para suas necessidades, o presente estudo teve como objetivo abordar por meio de revisão da literatura, a importância da orientação aos cuidadores quanto à higiene bucal e as principais necessidades do portador, e salientar a importância da elaboração de um programa de capacitação aos cuidadores de pacientes com DA.

DISCUSSÃO

A DA causa grande impacto na família, trazendo grandes transtornos para pacientes e familiares, que necessitam ao longo do desenvolvimento da doença informações e apoio para lidar com o cotidiano. Conforme Green (2001), podemos identificar algumas etapas pelos quais passam os cuidadores familiares portadores de D.A. ao longo do processo de cuidado, que vão desde um primeiro momento quando a família recebe o diagnóstico e busca adaptar-se; passando por períodos em que experimentam intensa fadiga, isolamento e depressão, até passarem para uma fase final, caracterizado pelo enfrentamento tanto de angústias quanto de alívios frente ao tratamento e a perspectiva da morte. Observa-se que o cuidador assume um compromisso que transcende uma relação de troca e aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição.

Por isso a necessidade de cada vez mais oferecer aos cuidadores orientações para lidar com as diferentes fases da doença e estarem aptos a enfrentarem as dificuldades com maior segurança. Possuir informação é considerado fundamento para a realização das práticas de cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que in-

formação disponível e de qualidade: a pessoa possuidora da informação precisa processá-la, incorporá-la, para que seja transformada em ação. A informação disponível não se distribui nem é assimilada homogeneamente por todas as pessoas. Para tanto, são necessários o desenvolvimento de recursos prévios para possibilitar a aquisição da informação disponível e, também, o seu processamento e tradução em práticas.

Nesse sentido, uma orientação multidisciplinar se faz necessária para abordar e esclarecer sobre diferentes aspectos. A Odontologia assume papel importante uma vez que juntamente com outras áreas oferece as orientações necessárias para que o cuidador esteja apto e treinado a proporcionar uma melhor qualidade de vida ao seu paciente. Essas orientações estão relacionadas ao esclarecimento sobre as doenças e suas complicações, como realizar a higienização bucal e de próteses dentárias dos portadores, uso de fio dental, escovas, flúor, quais as medidas a serem tomadas diante do aparecimento de lesões bucais, quais medicamentos utilizar, dentre outros. Conforme citado por Ferrari em 2007, quanto mais a família e o cuidador entendem a doença e sua evolução, maiores as chances de aprender estratégias e usufruir recursos paliativos com sucesso.

Como em estágios avançados da DA os pacientes têm grande dificuldade de entender instruções, eles precisam de cuidados totais nas atividades diárias como se vestir, tomar banho, comer, usar o banheiro e comumente têm problemas de agressividade e ansiedade (Henry, 1999), portanto, é necessário que o cuidador esteja apto a essas funções.

Definir o que são estados de saúde ou doença bucal nos idosos constitui um desafio na contradição que se estabelece dentro dos parâmetros que atualmente os configuram. Se o conceito de doença estiver meramente associado à presença de patologias, dor ou desconforto, então pode-se considerar saudável um idoso com a ausência desses problemas/condições. E a maioria deles assim se apresenta, devido à total falta de elementos dentários. Desfrutariam essas pessoas de saúde bucal? Seriam consideradas saudáveis? Não apresentar elemento dental algum é, para muitos idosos, sinal de

alívio, visto que a perda dentária é considerada solução para os momentos de sofrimento vividos quando possuíam dentes. Pensando nas próteses, o próprio dispositivo que deve proporcionar benefício ao idoso, recuperando as funções mastigatórias e estéticas, ocasiona problemas caso não seja adequadamente higienizado. Seria melhor estar sem as próteses dentárias, caso não sejam cuidadas e acabem servindo para acúmulo de bactérias e fungos? Esses conceitos ainda são mais contraditórios se ampliarmos a visão e inserirmos a questão da necessidade de cuidados à saúde bucal. As necessidades normativas e sentidas são conceitos que geralmente estão em desarmonia e conflito entre cuidadores e idosos. O que parece ser uma necessidade premente para o cuidador ou para o profissional nem sempre é assim entendido pelo idoso (MELLO et al., 2007).

Quanto à saúde bucal dos pacientes com DA, dados da literatura descrevem uma pobre higiene bucal e o aumento da prevalência de doenças periodontais e cárie. Acredita-se que isso se deva principalmente à incapacidade do portador em executar os procedimentos de higiene bucal de maneira eficiente. A disfunção salivar pode estar associada pelo fato de portadores de Alzheimer consumirem medicamentos que têm como efeito colateral a xerostomia, e estariam por conseqüência em maiores riscos de desenvolverem doenças bucais. Por esses motivos é importante que o portador receba assistência no cuidado/higiene bucal de um familiar/cuidador assim que a doença progredir do estágio inicial ao estágio avançado (Henry, 1999), pois ele pode não mais conseguir realizar sua higiene bucal sem auxílio.

Os cuidadores de pessoas portadoras da patologia devem ser treinados para um desempenho melhorado de higiene bucal, recebendo ensinamentos sobre escovação, uso do fio dental, escovas elétricas, jatos de água (com uso de seringas plásticas) e escovas interdentais. Existem também escovas de dente especiais – como as com três fileiras de cerdas, que, quando colocadas corretamente, podem limpar ao mesmo tempo as superfícies linguais, vestibulares e oclusais dos dentes (Henry, 1999). Recomenda-se a utilização de anti-sépticos bucais duas

vezes ao dia, sendo que o spray de clorexidina 0,12% tem eficácia comprovada quando usado como agente antiplaca e antigengivite, fazendo parte da estratégia preventiva preconizada por outros autores para o controle químico de placa para portadores de DA. Recomenda-se também que, quando for difícil abrir a boca do paciente, deve-se introduzir delicadamente uma espátula entre os dentes e fazer um movimento rotatório. Se não for possível, deve-se utilizar o dedo indicador envolto em gaze para que seja possível a higienização. Além disso, o uso de flúor em suas várias formas, permite a administração das conseqüências da xerostomia. Para isso também recomenda-se o uso de saliva artificial (Ship, 1992). Observa-se a importância de uma correta orientação e de um preparo, esclarecendo o cuidador sobre os principais cuidados.

Instruções sobre dieta não cariogênica e uso de flúor extra (pastas, bochechos, géis) são muito importantes para prevenção de cáries e problemas gengivais nos pacientes com DA. Grande atenção deve ser dada também às próteses totais e removíveis que por serem, nestas condições do paciente, grandes focos de acúmulo de alimentos, portanto devem ser retiradas idealmente durante a noite, e os rebordos higienizados com cuidado e perícia antes e depois do sono (Goldman et al, 2005). De acordo com Manetta et al, em 1998, pacientes com implantes osseointegrados devem ter um apoio imprescindível no sucesso de seus trabalhos, onde, em condições normais, o controle da dieta e limpeza já é um ponto primordial para o bom desempenho dos casos.

Conforme citado por Ship, em 1992, dois estudos examinaram as condições de saúde bucal de indivíduos portadores de DA. Os resultados mostraram que as dentaduras dos idosos nos estágios iniciais da DA eram menos limpas quando comparadas as de uma população controle, implicando que os idosos portadores de DA pioram a habilidade pessoal de realização de higiene bucal. As disfunções de glândula salivar submandibular em pacientes com DA não medicados também foram avaliadas, sugerindo que uma degeneração neuronal também influencia a fisiologia oral.

Essas alterações observadas com a progressão da doença têm repercussão sobre a saúde bucal dos portadores de DA, portanto o tratamento dentário em estágios iniciais da doença deve ter como objetivo produzir condições de saúde bucal estáveis que permitam ao portador o mínimo de problemas quando, nos estágios mais avançados da doença, o tratamento odontológico talvez seja impossível.

CONCLUSÕES

Os autores concluíram que é de suma importância o esclarecimento ao cuidador das necessidades bucais do portador de DA, os cuidados quanto à higiene bucal tanto relacionada à saúde sistêmica quanto ao bem estar do paciente de Alzheimer. Sendo assim salientam a necessidade de uma efetiva capacitação feita para com os cuidadores, tornando-os aptos a proporcionar uma melhor qualidade de saúde bucal, uma vez que é vista a satisfação e interesse nas questões odontológicas mesmo em meio a uma doença tão dramática quanto a DA.

REFERÊNCIAS

FERRARI, M. A. C. *Reabilitação do Idoso Portador de Demência Tipo Alzheimer*. In: CAVALCANTI, Alessandra e GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GOLDMAN, Lee; AUSIELLO, Dennis. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GREEN, Robert. **Diagnóstico e Tratamento da Doença de Alzheimer e Outras Demências**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 2001.

HENRY, R. G. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. **Journal of California Dental Association**; v.27, p. 709-717, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Indicadores sociodemográficos 1991-1930. Fonte: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm. Acessado em: 1 de julho de 2007.

MANETTA, C. E.; MONTENEGRO, F. L. B.; BRUNETTI, R. F. Interações entre a medicina e a odontologia no tratamento do paciente geriátrico. **Revista Atualidades em Geriatria**, v.3, n.20, p.5-13, Dez. 1998.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando as contradições no processo de cuidado à saúde bucal de idosos. **Physis** v.17 n.1 Rio de Janeiro jan./abr. 2007.

SHIP, J. A. Oral health of patients with Alzheimer's disease. **Journal of the American Dental Association**. v.123, p. 53-58, 1992.

VIEL, A. H.; CAOVILO, V. P. É possível conviver com a Doença de Alzheimer. **Diagnóstico e Tratamento**, v.4, p.6-11, 1999.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 3, 2006.

