

# **Intervenção odontológica domiciliar em paciente idoso cego institucionalizado – relato de caso**

*Domiciliary dental care in institutionalized blind elderly patient - case report*

Elisa Candida Braga – *Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB); [elisa.braga@gmail.com](mailto:elisa.braga@gmail.com)*

Luciene da Silva Sinatra – *Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB)*

Daniel Rey de Carvalho - *Prof. curso Odontologia da UCB; Mestre e Doutor em Implantodontia - UNESP*

Vanessa Resende Cruvinel - *Profa. curso Odontologia da UCB; Mestre e Doutora em Ciências da Saúde - UnB*

Alexandre Franco Miranda - *Prof. curso Odontologia da UCB; Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde - UnB*

Fernando Luiz Brunetti Montenegro - *Prof. Titular do ISO-ALES, SP; Mestre e Doutor pela FOUSP*

***“Como publicado na Revista Paulista de Odontologia Abr/Mai/Jun 2011 , 33(2):17-22 (ISSN 0100 - 705X).”***

## **RESUMO**

Os idosos institucionalizados normalmente apresentam elevada prevalência de carie, doença periodontal e edentulismo, sendo necessárias ações em saúde bucal que proporcionem uma melhora na qualidade de vida. O presente trabalho tem por finalidade abordar as condutas de saúde bucal realizadas em paciente idoso, 74 anos, submetido á ação medicamentosa para o controle de hipertensão e depressão, além de ser fumante há 61 anos. Com ausência dos dentes superiores e a presença de alguns dentes inferiores com grande acúmulo de cálculo, inflamação e saburra lingual. Os procedimentos clínicos realizados visaram eliminação desses possíveis focos de infecção e inflamação, por meio de raspagem subgengival, higienização lingual, uso de clorexidina 0,12%, e medidas educativas em saúde bucal. É importante ressaltar que a adaptação profissional e a falta de ergonomia para o atendimento odontológico foram aspectos diferenciados adotados. Houve uma significativa melhora da condição bucal do paciente após 15 dias de atuação clínica. Podendo concluir, no caso clínico abordado, que o cirurgião dentista deve estar preparado a assistir o paciente com necessidades especiais por meio de adaptações e condutas que visem o bem-estar e a qualidade de vida.

**Descritores:** Idoso fragilizado, Odontogeriatrics, Saúde bucal

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno com amplitude mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. De acordo com os dados mais recentes, a população brasileira terá a estimativa em números absolutos de 34 milhões de idosos no ano de 2025 <sup>1,2</sup>.

Ações preventivas e que visem à promoção de saúde como um todo devem ser realizadas por profissionais envolvidos com o envelhecimento e formação gerontológica, uma vez que os idosos constituem um grupo populacional diferenciado, responsável por elevados custos econômicos e sociais que ultrapassam a capacidade vigente do sistema de saúde pública do Brasil ressaltam Davim et al. <sup>1</sup> (2004) e Souza et al. <sup>3</sup> (2001).

Com a senescência, geralmente ocorre um decréscimo das capacidades físicas, mentais, sociais e saúde, contribuindo para o surgimento de mudanças de atitudes de vida diretamente relacionadas ao desamparo, incapacidade e fragilidade, ou seja, o idoso dependente <sup>2</sup>.

As enfermidades sistêmicas contribuem diretamente para o aumento da dependência senil, destacando-se a hipertensão, diabetes, depressão, distúrbios neuro-degenerativos (Alzheimer, Parkinson, AVC), o glaucoma e mesmo a deficiência visual total <sup>4,5,6</sup>.

O grupo de idosos vivendo em instituições, corresponde a 47% da população idosa brasileira que, em sua maioria, não são amparados por seus familiares e amigos, obrigando a busca por instituições assistencialistas, caracterizadas por apresentarem metodologias universais de atendimento, sem vínculo familiar, sem condição de prover a própria subsistência, em regime de internato e de modo a satisfazer as necessidades de moradia, alimentação e saúde <sup>1,7</sup>.

Diante dessa realidade, a promoção de saúde bucal deve ser inserida como parte integrante de todo um planejamento multidisciplinar e assistencialista a esses idosos, caracterizados por apresentarem problemas no sistema estomatognático, muitas vezes não diagnosticados e que passam despercebidos por toda a equipe responsável <sup>3,4</sup>.

As principais alterações presentes na cavidade bucal estão relacionadas aos elevados índices de cárie, doença periodontal, edentulismo e lesões <sup>7-9</sup>. Essa precariedade pode estar relacionada à falta de acesso a informação sobre higiene oral e prevenção, acesso ao tratamento odontológico e a falta de capacitação profissional nas questões relacionadas à saúde bucal nessas instituições <sup>10,11</sup>.

A presença efetiva do cirurgião-dentista nessas instituições como membro colaborador pode contribuir no acesso desses idosos semi e dependentes ao atendimento odontológico de forma a eliminar ou minimizar essas insatisfatórias condições bucais <sup>10,12</sup>.

O atendimento domiciliar (home care) pode ser uma efetiva alternativa de prover saúde bucal a esses indivíduos a partir da ida do odontólogo ao encontro do paciente idoso dependente institucionalizado para a realização de condutas clínicas por meio de adaptações profissionais e medidas sócio-educativas ressaltam Miranda e Montenegro <sup>12</sup> (2009).

Surge a necessidade da criação e implementação de programas em saúde bucal, além da capacitação do cirurgião-dentista em atuar nessas instituições asilares de modo a promover bem-estar e qualidade de vida para essa população<sup>2,3,13</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de atendimento odontológico domiciliar em um paciente idoso cego institucionalizado, sendo enfatizadas as intervenções clínicas realizadas e medidas sócio-educativas.

## **RELATO DE CASO**

Paciente do gênero masculino, 74 anos, melanodermo, foi submetido a atendimento odontológico domiciliar/institucionalizado de caráter preventivo a partir do vínculo existente entre o curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília, disciplina de Saúde Coletiva e a Instituição de Idosos Integridade por meio de autorização assinada à parceria vigente e Consentimento Livre Esclarecido.

A avaliação clínica foi realizada no quarto do paciente no período vespertino em períodos em que o mesmo não estava dormindo (descansando), fazendo alguma atividade na própria instituição ou se alimentando.

O contato inicial foi caracterizado pela realização de medidas integrativas ao sistema de funcionamento da instituição e na relação inter-pessoal profissional e paciente, objetivando a colaboração do idoso ao planejamento futuro em saúde bucal a ser proposto.

Na anamnese realizada, o idoso apresentava hipertensão arterial controlada por medicamentos, relatou ser fumante há 61 anos, cego há 20 anos devido a um glaucoma, aposentado por invalidez há 19 anos e dependente para as atividades diárias há sete anos. No prontuário do paciente o quadro depressivo foi relatado, bem como o mesmo estava sob ação medicamentosa neuroléptica.

Diante das características psicológicas, fato que se destacou durante a avaliação realizada foi o relato de que o mesmo não havia saído do ambiente institucional há 7 anos e não havia tido contato com nenhum membro da família há 20 anos.

Na avaliação do aparelho estomatognático, o paciente apresentava ausência de todos os dentes superiores, presença dos dentes 31, 32, 33, 43 e 44 com grande acúmulo de cálculo supra e subgingival, principalmente na região lingual, gengivite, não era usuário de próteses há mais de 05 anos e presença de saburra por toda a extensão lingual (Figuras 1a, 1b e 1c).

Paciente relatou que durante o dia realizava apenas 01 escovação dentária sem auxílio ou não realizava, além de não ter o conhecimento a respeito de higienização lingual.



**Figuras 1a, 1b e 1c** - Condição clínica inicial – grande acúmulo de cálculo supra e subgingival, inflamação gengival nos dentes remanescentes. Língua saburrosa em toda a sua extensão.

O plano de tratamento multidisciplinar proposto teve como finalidade a promoção de saúde, adequação do meio bucal por meio de atividades odontológicas consideradas de mínima intervenção e orientações com o objetivo de estabelecer bem-estar e qualidade de vida<sup>12,14</sup> ao paciente a partir de uma minuciosa avaliação das condições clínicas presentes e limitações que o mesmo apresentava.

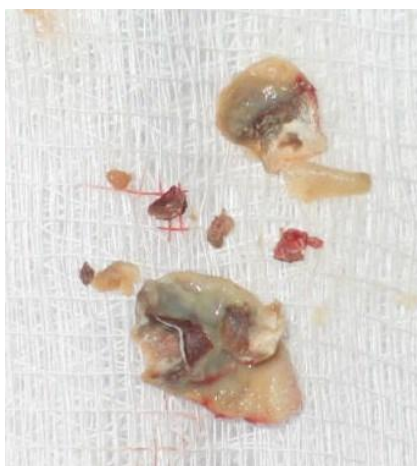
Todas as atividades em saúde bucal planejadas foram minuciosamente explicadas para o paciente que concordou com todo o planejamento e cronograma das atividades. Todas as peculiaridades e individualidades do paciente foram preservadas e respeitadas.

As atividades clínicas de raspagem supra e subgingival foram realizadas na cama do paciente, a partir da adaptação profissional (condições adversas, luz natural), do paciente e utilização de meios auxiliares (facilitadores) (Figuras 2 e 3).

Posteriormente, o operador realizou escovação dentária com o uso de pasta de dente fluoretada e higienização lingual com limpador de língua. Medidas de orientação foram dadas à equipe de enfermagem/cuidadores da instituição em relação à utilização supervisionada de digluconato de clorexidina 0,12% (12/12h durante sete dias) e utilização da técnica de higienização bucal tipo Fones por parte do paciente para a manutenção da saúde bucal.



**Figura 2** – Raspagem supragengival sob luz natural, adaptação profissional e condição ergonômica desfavorável – Maior comodismo para o paciente.



**Figura 3** – Cálculos sub e supragengival removidos após sessão única de raspagem realizada em domicílio.

Conduas relativas à orientação e educação a respeito do manejo e adaptação durante a higienização bucal foram realizadas no banheiro do quarto em que o paciente idoso cego se encontrava de maneira a ser estabelecido o entendimento, compreensão e desenvolvimento das demais potencialidades do mesmo, além de atividades de motivação e elogios (Figuras 4a e 4b).



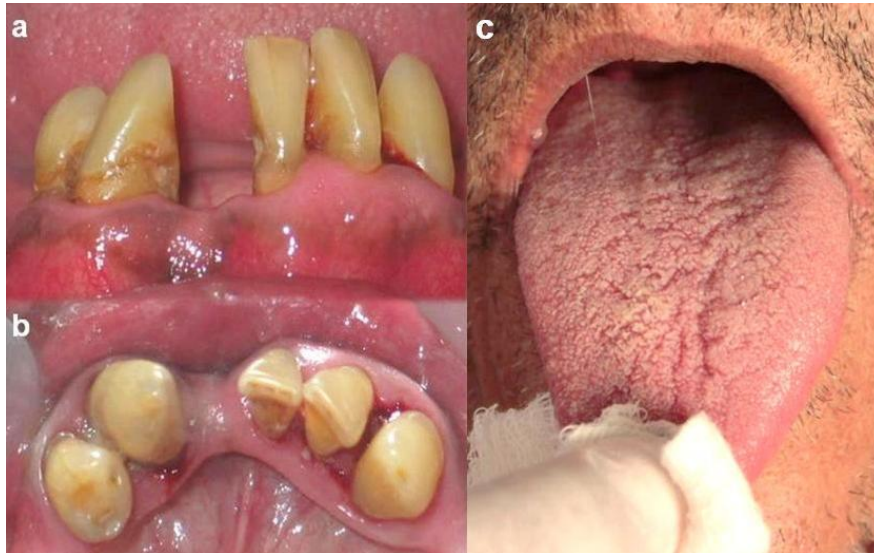
**Figuras 4 – 4a e 4b** – Orientações sobre higienização bucal (dentária) supervisionada a paciente idoso cego institucionalizado – desenvolvimento das potencialidades tátil e motora.

As orientações dadas ao paciente e à equipe de cuidadores em relação à higienização da língua foram o uso correto do limpador lingual no sentido pósterio-anterior sob água corrente e supervisionada (Figura 5).



**Figura 5** – Higienização da língua com o uso do limpador lingual no intuito de remoção da saburra lingual – orientações dadas ao paciente e cuidadores.

A reavaliação do paciente foi feita após 15 dias no mesmo horário do atendimento anterior na instituição. Observou-se uma melhora significativa nas condições de saúde periodontal (gengival), eliminação da presença de cálculo supra e subgengival, além da redução da saburra lingual (Figuras 6a, 6b e 6c). Ou seja, o estabelecimento do quadro de saúde ao paciente por meio da prática odontológica domiciliar.



**Figuras 6** – **6a e 6b** – Melhora da condição bucal após 15 dias da intervenção inicial (raspagem sub e supragengival em domicílio). **6c** – Eliminação da saburra lingual após orientações dadas ao paciente e cuidadores.

Durante essa mesma consulta o paciente relatou estar sentindo a cavidade bucal mais limpa, sentindo mais o gosto dos alimentos e feliz por ter tido a oportunidade de receber um tratamento odontológico na instituição.

## DISCUSSÃO

Os idosos fragilizados, normalmente os não amparados pela família, acabam sendo assistidos em instituições de longa permanência, contribuindo para o isolamento pessoal e conseqüentemente a piora na qualidade de vida <sup>1,15</sup>.

Segundo Abreu et al. <sup>16</sup> (2005), a desmotivação para o cuidado pessoal do idoso no asilo deve ser avaliado em diversos aspectos, uma vez que esse indivíduo é caracterizado pela perda da individualidade e isolamento pessoal, quadros depressivos podem estar presentes.

A promoção de saúde bucal representa uma grande dificuldade para esses idosos, principalmente no que se refere à desmotivação para realização da higiene bucal e a falta de conhecimento a respeito das medidas corretas a serem realizadas, tais condições contribuem para o surgimento de doenças bucais e perdas dentárias <sup>3,4,7</sup>.

De acordo com Souza et al <sup>3</sup> (2001) e Abreu et al <sup>16</sup> (2005), os pacientes idosos apresentam maiores riscos de perdas dentárias, principalmente relacionados a problemas periodontais e que a forma de relatar o estado de saúde bucal do indivíduo senil está relacionada ao seu bem estar social, acesso a informações sobre higiene e prevenção, facilidade de acesso a tratamento dentário e condição socioeconômica.

O número de cirurgiões-dentistas que trabalham na atenção aos idosos institucionalizados tem aumentado, uma vez que a população idosa brasileira está em crescimento, e a atuação do odontogeriatra será de extrema importância na prática de ações preventivas e de promoção de saúde bucal, minimizando os efeitos naturais da própria velhice e de doenças adquiridas com o tempo <sup>1,3,9</sup>.

Souza e Caldas <sup>10</sup> (2008), Shinkai e Cury <sup>14</sup> (2000) enfatizam que a odontologia praticada em domicílio ou em instituição representa um diferencial profissional, no qual o enfoque gerontológico é seguido, além de ser uma alternativa benéfica para a população idosa semi e dependente, geralmente acometidas por doenças crônicas degenerativas.

O atendimento odontológico domiciliar é caracterizado pela capacidade do cirurgião-dentista saber avaliar as principais necessidades, planejar e executar condutas clínicas específicas e de mínima intervenção, além de um correto manejo e adaptação profissional. Objetivando a prevenção e eliminação de possíveis focos inflamatórios, infecciosos e de sintomatologia dolorosa decorrentes de problemas bucais <sup>11,12,17</sup>.

No caso clínico apresentado o paciente apresentava deficiência visual total, contribuindo, de certa forma, para o isolamento pessoal e o aparecimento de quadros psíquicos como a depressão, condição clínica já relatada por Silva et al. <sup>4</sup> (2005) e Abreu et al. <sup>16</sup> (2005).

As alterações visuais são consideradas interferências sociais, pois o indivíduo portador apresenta dificuldades de comunicação e interação social. Tal condição determina que o profissional da saúde esteja capacitado a estimular as outras potencialidades do indivíduo (tato, paladar, audição), contribuindo para uma positiva intercomunicação profissional-paciente <sup>5,18</sup>.

Carvalho et al <sup>19</sup> (2010) ressaltam que o idoso no asilo e cego, geralmente é relegado pela sociedade e desmotivado pela própria limitação física de cuidar de si mesmo, sendo o cirurgião-dentista o responsável pela orientação e adaptação para que haja motivação individualizada na manutenção adequada da própria higiene bucal.

A adequação do meio bucal por meio do tratamento periodontal básico e medidas educativas em saúde bucal são métodos eficazes no estabelecimento da saúde bucal de idosos, havendo a necessidade de criação de programas de saúde capazes de suprir a necessidade de todos os estratos da sociedade enfatizam Souza et al <sup>3</sup> (2001), Montenegro et al. <sup>11</sup> (2011) e Soares et al. <sup>13</sup> (2006).

Medidas como a remoção mecânica da placa bacteriana e uso de clorexidina 0,12% sob orientações para pacientes idosos com alto risco de cáries são considerados eficazes no controle bacteriano presente na cavidade bucal e que podem interferir diretamente na saúde sistêmica desses indivíduos como a pneumonia <sup>4,7,12,20</sup>.

A orientação cautelosa e com paciência a respeito das técnicas e medidas de promoção de saúde bucal direcionadas a pacientes com deficiência visual, como descrito no caso, deve ser de forma supervisionada, necessitando da colaboração do paciente e sua rede de suporte (cuidadores, familiares) para que a execução não seja apenas realizada durante o tratamento, mas também como medidas rotineiras a serem adotadas <sup>10,16,18,19</sup>.

O uso de limpadores linguais de maneira rotineira e devidamente orientada ao próprio paciente e cuidadores, é uma efetiva ação em saúde bucal, principalmente na eliminação das leveduras relacionadas à candidose <sup>21</sup> e saburra lingual, possível



nicho de acúmulo de bactérias gram negativas relacionadas à pneumonia aspirativa, responsável por elevados índices de mortalidade na população idosa semi e dependente <sup>6,11,22</sup>.

Souza et al <sup>3</sup>(2001) e Araújo et al <sup>7</sup> (2006) enfatizam que a promoção de saúde pode contribuir na redução das desigualdades, principalmente no contexto social saúde-doença, o qual visa o bem estar, acesso à informação e, conseqüentemente, saúde bucal para toda a população.

A oportunidade de proporcionar o acesso ao tratamento odontológico individualizado e multi-interdisciplinar para os idosos semi e dependentes institucionalizados por meio de corretas orientações, motivação e ações clínicas satisfatórias pode ser mais uma área a ser desmistificada na Odontogeriatría <sup>5, 6, 10, 23</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Na situação clínica apresentada, houve uma melhora significativa da condição odontológica do paciente idoso cego institucionalizado, colaborando para a promoção de saúde bucal e qualidade de vida.

O cirurgião-dentista deve estar preparado para assistir o paciente com necessidades especiais por meio de adaptações profissionais, condutas clínicas e psicológicas que visem o bem-estar do idoso de acordo com as ferramentas disponíveis.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características sócio-econômicas e de saúde. Rev Lat Amer Enf, 2004;12(3):518-524.
2. Silva SRC, Valsecki AJ. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. Pan Am J Public Health, 2000;8(4): 268-271.
3. Souza VMS, Pagani C, Jorge ALC. Odontogeriatría: sugestão de um programa de prevenção. Rev Fac Odontol São José dos Campos, 2001; 4(1): 56- 62.
4. Silva EMM, Filho Silva CE, Fajardo IS, Fernandes AUR, Marchiori AV. Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. Rev Cienc Ext, 2005;2(1):3-7.
5. Pova CA, Nicolela MT, Valle ALSL, Gomes LES, Neustein I. Prevalência de glaucoma identificada em campanha de detecção em São Paulo. Arq Bras Oftalmol, 2001;64:303-307.
6. Pinelli LAP, Montandon AAB, Boschi A, Fais LMG. Prevalência de doenças crônicas em pacientes geriátricos. Rev Odonto Ciência, 2005; 20(47): 69-74.
7. Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface – Comunic Saúde Educ, 2006;10(19): 203-216.
8. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. Cad Saúde Pública, 2002;18(5):1313-1320.

9. Reis SCGB, Higino MASP, Melo HMD, Freire MCM. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia - GO, 2003. *Rev Bras Epidemiol*, 2005;8(1):67-73.
10. Souza IR, Caldas CP. Atendimento domiciliário gerontológico: contribuições para o cuidado do idoso na comunidade. *RBPS*, 2008; 21(1):61-68.
11. Montenegro FLB, Marchini L, Manetta CE. Atenção para idosos em unidades de internação. *Rev Portal Divulgação*, 2011; 7:43-50.
12. Miranda AF, Montenegro FLB. O cirurgião-dentista como parte integrante da equipe multidisciplinar direcionada à população idosa dependente no ambiente domiciliar. *Rev Paul Odontol*, 2009;31(3):15-19.
13. Soares MSM, Costa LJ, Barreto RC, Passos IA, Maia RMF. Saúde bucal em idosos. *Rev Bras Ciências Saúde*, 2006;10(3):217-224.
14. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública* 2000;16(4):1099-1109.
15. Teixeira INAO. Revisão de literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. *RBPS*, 2008;21(4):297-305.
16. Abreu KCS, Perin PCP, Nunes NA, Prado VR, Constanzi S. Motivação de higiene bucal em deficientes visuais institucionalizados. *Rev Fac Odontol Lins*, 2005;17(1): 7-14.
17. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 2003;37(3):364-71.
18. Almeida, CB. Características da comunicação não-verbal entre enfermeiro e o cego [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2005.
19. Carvalho ACP, Figueira LCG, Utumi ER, Oliveira CO, Silva LPN, Pedron IG. Considerações no tratamento odontológico e periodontal do paciente deficiente visual. *Rev Odontol Bras Central*, 2010;19(49): 97-100.
20. Miranda AF, Montenegro FLB. Atuação odontológica na doença de Alzheimer: Relato de caso clínico multidisciplinar. *Int J Dent*, 2009;8(4): 220-224.
21. Navas EAFA, Inocêncio AC, Jorge AOC, Koga-Ito CY. Avaliação da utilização de limpador de língua na redução dos níveis de leveduras na cavidade bucal. *Rev Odonto UNESP*, 2009;38(2):99-103.
22. Almeida JR, Ferreira Filho OF. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. *J Bras Pneumol*, 2004;30(3):229-236.
23. Saintrain MVL, Vieira LJES. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(4):1127-1132.