

Atendimento multidisciplinar em paciente idosa com Alzheimer em fase intermediária em domicílio. Relato de caso: o cirurgião-dentista como integrante

*Ana Luiza Abritta Gurgel
Alexandre Franco Miranda*

Resumo: A doença Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central, apresenta uma etiologia duvidosa e atinge milhares de idosos no Brasil, além de não ter uma cura específica. Com o avanço da doença, o indivíduo apresenta perda da memória, dificuldade na fala e movimentos, perda das funções intelectuais e da capacidade de realizar atividades do dia a dia normalmente, como uma correta manutenção da saúde bucal. O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente com osteoporose e Alzheimer na fase intermediária, 75 anos, leucoderma, e que recebe uma assistência em saúde no âmbito domiciliar (home care) há mais de 7 anos, com a participação do odontólogo como membro integrante dessa equipe. Medidas em saúde bucal foram planejadas e realizadas para a promoção de saúde da paciente. Foram dadas orientações em saúde bucal às cuidadoras, e toda a equipe de profissionais envolvidos, além de uma rotina de ida ao consultório odontológico o que contribuiu na saúde bucal da enferma. A prática odontológica foi inserida em um contexto gerontológico multidisciplinar com as demais áreas envolvidas - médico geriatra, fisioterapia, fonoaudiologia, acupuntura - a fim de contribuir na saúde sistêmica da paciente. Concluiu-se, neste caso clínico, que o profissional da odontologia, o odontogeriatra, deve estar inserido no contexto multidisciplinar de forma a se integrar a essa equipe gerontológica no ambiente domiciliar, objetivando sempre a promoção do bem estar e qualidade de vida da paciente com demência.

O aumento de idosos na população brasileira é reflexo de uma expectativa de vida maior, principalmente relacionado aos avanços tecnológicos, melhorias na área de saúde e a taxa de natalidade diminuída (NITRINI et al, 2005; BARBOSA et al., 2010).

Com o envelhecimento, surgem diversas mudanças fisiológicas e psicológicas que podem desencadear doenças isoladas ou associadas. Como por exemplo, as doenças sistêmicas crônicas, diabetes e hipertensão, e as que atingem o Sistema Nervoso Central, como o Mal de Alzheimer, comuns nessa faixa etária (BRUNETTI et al., 1998; FRIEDLANDER et al., 2006, CHIAPPELLI et al., 2006; MIRANDA et al., 2009).

A doença de Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central, de origem ainda duvidosa, não possui uma cura específica e que atinge milhões de pessoas no mundo, inclusive no Brasil. Seus sinais clínicos são a perda da memória recente, dificuldade na fala, movimentos desordenados associados como a perda das funções intelectuais e da capacidade de realizar as atividades diárias (AVDs), como uma correta manutenção da saúde bucal (NUNES;

PORTELLA, 2003; OLIVEIRA et al., 2005; FRIEDLANDER et al., 2006; CHIAPPELLI et al., 2006).

A avaliação desse quadro demencial é feito por uma série de exames clínicos como Minimento de Estado de Mental, Avaliação Geriátrica Objetiva, testes descritivos e imagens tomográficas, a fim de se elaborar um possível diagnóstico. Apenas uma avaliação histopatológica pós-morte é capaz de determinar realmente o nível de perda de neurônios e possíveis danos cerebrais (NITRINI, 2005).

A partir do avanço da doença, sintomas como a confusão mental, irritabilidade, agressividade, alterações de humor, falhas na linguagem e perda da memória podem estar presentes (NUNES; PORTELLA, 2003; OLIVEIRA et al., 2005; FRIEDLANDER et al., 2006; CHIAPPELLI et al., 2006;).

Com o intuito de melhor entendimento das fases da doença de Alzheimer bem como as suas peculiaridades dividiu-se em fases inicial, intermediária e final (OLIVEIRA et al., 2005; FRIEDLANDER et al., 2006; CHIAPPELLI et al., 2006; MIRANDA et al., 2010).

O profissional da odontologia assume um importante papel como membro integrante de uma equipe multidisciplinar que assiste esses pacientes com Alzheimer, em todas as suas fases, a partir da eliminação de possíveis focos infecciosos, inflamatórios e de sintomatologia dolorosa que podem acometer esses idosos (NUNES; PORTELLA, 2003; CHALMERS et al., 2005; GOIATO et al., 2006; VARJÃO, 2006).

O cirurgião-dentista, principalmente o odontogeriatra, deve estar apto a atuar clinicamente em nível ambulatorial e domiciliar (*home care*), a partir de um contexto integrado e gerontológico com os demais profissionais da saúde envolvidos (NUNES; PORTELLA, 2003; CHALMERS et al., 2005; VARJÃO, 2006; GOIATO et al., 2006; BOTTINO et al., 2009; DIAS; FONSECA, 2011).

O presente trabalho tem como objetivo relatar a rotina multidisciplinar, a partir de um caso clínico, de uma paciente com osteoporose e Alzheimer na fase intermediária em que a mesma recebe assistência em saúde *home care* há mais de 7 anos e com a participação efetiva do odontólogo como membro integrante dessa equipe.

Relato de caso

Todas as atividades clínicas e de atuação dos profissionais da saúde envolvidos foram credibilizadas pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte da responsável legal da paciente, que permitiu o relato de caso, registros e divulgação do caso clínico a fim de contribuir no auxílio às famílias e profissionais interessados.

Paciente idosa, 75 anos, leucoderma, sistemicamente comprometida por osteoporose e demência, Alzheimer na fase intermediária, e que recebe assistência em saúde no âmbito domiciliar há mais de 7 anos com a participação do odontólogo como membro integrante dessa equipe no ambiente *home care* e em nível ambulatorial (consultório).

Apresenta perda da capacidade para realizar suas tarefas diárias, depende de auxílio constante na realização das mesmas, além de apresentar um comprometimento intelectual e de memória em que não reconhece os familiares mais próximos.

Porém, afetivamente, passa o dia inteiro interagindo com suas bonecas no colo e as compara com seus netos como se estivessem ainda nessa fase etária.

Usuária de fraldas geriátricas devido à incapacidade de conter suas necessidades fisiológicas, necessitando do suporte constante de um cuidador que é responsável pelo banho, alimentação e higienização da cavidade bucal.

Apresenta crises de sono, ficando 2 ou 3 dias sem dormir corretamente, passando noites em claro, o que desencadeia atitudes agressivas e expressões de agonia nos dias seguintes.

Sua dieta é caracterizada por alimentos mais pastosos, macios e suplementação alimentar, a partir de um acompanhamento nutricional especializado.

Diante de todas as adversidades da doença, foi realizada uma adaptação residencial para melhor atender a paciente em todas as suas reais necessidades como a utilização de um colchão especial com bolhas o qual permite uma massagem leve sobre as costas; banheiro com vaso adaptado e alça tipo corrimão para firmeza; piso do banheiro composto por cerâmica antiderrapante; o chuveiro não possui *box* de vidro e a ducha de banho é adaptada para que a paciente tome banho sentada em uma cadeira de suporte; cadeira de rodas especial; e quarto individualizado sem móveis para que a paciente não se machuque, além de maior espaço livre.

Há 07 anos tem o acompanhamento de diversos profissionais da saúde como o fisioterapeuta, que faz exercícios nos membros superiores e inferiores e massagem para relaxamento muscular; fisioterapeuta ocupacional com exercícios de memória; fonoaudióloga com estimulação da musculatura facial e exercícios para a deglutição, fala e respiração; acupuntura à laser; acompanhamento odontológico em consultório (ambulatorial) de 2 em 2 meses e domiciliar, além de avaliação médica bimestral.



Figura 01
Fisioterapia com o intuito de fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores, além de exercícios fisioterapêuticos ginecológicos realizados em domicílio.



Figura 02
Estimulação cognitiva e motora com utilização de jogo de memória realizada em ambiente domiciliar pela fonoaudióloga.



Figura 03
Acupuntura a laser para estimulação muscular e sensitiva facial realizada em ambiente domiciliar.



Figura 04
Atendimento odontológico em nível ambulatorial – profilaxia com utilização de motor de baixa rotação, escova de Robison e pasta profilática – realizado a cada 02 meses.

A paciente está sob ação medicamentosa de Remeron 15mg, 01 comprimido sublingual antes de dormir sublingual; Ebix 10mg, 02 comprimidos ao dia; Caldê, complementação de cálcio, mastigável após as principais refeições; Beneroc, solução oral vitamínica, 20 gotas no almoço; Tamarine, trato digestivo, após o jantar; Exelon patch adesivo, 01 após o banho; Rivotril, 03 gotas, nos períodos de agitação e agressividade; Sifrol, 01 comprimido a noite, na diminuição da rigidez muscular.

Todo esse planejamento multidisciplinar foi criado a fim de promover uma melhor qualidade de vida para a paciente e um ambiente mais favorável de trabalho de todas as pessoas envolvidas.

A partir do contexto do sistema estomatognático, a paciente era usuária de próteses parciais removíveis, superior e inferior, porém, com o avanço da doença, falta de capacitação para higienização, correto uso e cooperação optou-se no não uso das mesmas. Ela possui os dentes anteriores superiores e inferiores, um molar superior esquerdo e ausência dos demais elementos dentários.

A higienização bucal é feita pela cuidadora a partir de uma escovação supervisionada e previamente orientada pelo odontólogo, 03 a 04 vezes por dia, além do uso do fio dental e raspador lingual, sempre após as principais refeições, independente da cooperação da paciente.



Figura 05
Orientações em saúde bucal á cuidadora: manejo e adaptação profissional na realização das medidas preventivas de saúde bucal como higienização correta dentária, lingual e protética.

Medidas em saúde bucal foram inseridas e realizadas para a promoção de saúde e, conseqüentemente, contribuir na melhora da qualidade de vida da paciente juntamente com os demais profissionais da saúde envolvidos.

Em domicílio (*home care*), todas as possíveis orientações em saúde bucal como uma correta escovação dentária, utilização de meios auxiliares e métodos adaptativos foram dadas á cuidadora, família e alguns profissionais presentes, medidas que serviram para a inserção do contexto odontológico geriátrico a essa paciente.

Discussão

Na fase intermediária da doença de Alzheimer, com duração de 2 a 8 anos a partir do diagnóstico, o paciente apresenta perdas cognitivas adicionais, distúrbios na linguagem, repetição das palavras, interferência nas atividades ocupacionais, incapacidade de autocuidado e alto risco de acidentes secundários, como as quedas que ocorrem com frequência. (FRIEDLANDER et al., 2006; CHIAPPELLI et al., 2006).

Inicia-se uma fase de dependência em relação às atividades de vida diária, fato este que implica na necessidade de auxílio constante para a realização da higienização bucal, essencial para manutenção das condições favoráveis a uma boa saúde. (NUNES; PORTELLA, 2003; GOIATO et al., 2006).

Nesta fase, também se inicia o estabelecimento da falta de cooperação do paciente em aceitar as intervenções odontológicas básicas, como a escovação dentária (CHALMERS et al., 2005; MIRANDA et al., 2010;).

Aumentam a dificuldade em reconhecer e identificar objetos (agnosia) e a execução de movimentos (apraxia) por isso a necessidade de se ter profissionais capacitados em atuarem de modo a minimizarem essas características (OLIVEIRA et al., 2005).

As tarefas de autocuidado exigem a presença e ajuda física do familiar e/ou cuidador para supervisionar ou desempenhar as mesmas com o paciente, ou seja, o cuidador deve organizar a rotina diária do paciente a partir de um planejamento multidisciplinar e de acordo com as reais necessidades de saúde (ZULUAGA, 2002).

Alguns autores enfatizam que somente com uma rotina bem estruturada, a partir da realização de atividades participativas por períodos de tempos intermitentes, contribuem para uma maior tranquilidade e possíveis alterações no comportamento do paciente, inclusive do familiar/cuidador (BARBOSA et al., 2010; DIAS; FONSECA, 2011).

O terapeuta ocupacional, especializado no manejo de pacientes com demência, pode muito contribuir nessa fase da doença de Alzheimer, principalmente na realização de atividades que estimulem a cognição e treino motor como nas atividades de alimentação (BOTTINO et al., 2009).

O “treino de toalete” e a fisioterapia ginecológica são alguns artifícios e metodologias em saúde que visam ajudar no tratamento ginecológico da paciente e no banho, a partir de horários pré-determinados e diários (ADAM; PRESTON, 2006).

A realização de atividades planejadas de estimulação e fortalecimento muscular nesses pacientes contribui na diminuição de predisposição às quedas, que atingem frequentemente pacientes idosos dependentes (BARBOSA, 2001)

A estimulação para capacitar a própria paciente em vestir-se sem dependência é um método eficaz de estimulação cognitiva e motora, a ser desempenhada nessa fase da demência. Colocar a roupa disposta em uma ordem em que o paciente consiga vestir-se sozinho mantém sua independência (BOTTINO et al, 2009).

Os problemas de comportamento são comuns e se agravam diante de situações não familiares, cansaço, surpresas e, por vezes, em determinados períodos do dia (como por exemplo, no fim de tarde) diante do caso clínico apresentado (FRIEDLANDER, 2006)

Uma das atividades ou treinamento que pode surtir efeito numa melhor socialização da paciente, principalmente, em eventos familiares, é a estimulação memorial da paciente por parte da família previamente ao evento, ou até mesmo, no mesmo dia do evento, a fim de contribuir numa maior participação da mesma (ZULUAGA, 2002; ADAM; PRESTON, 2006; BARBOSA et al., 2010).

Os cuidadores assumem, talvez, o principal papel na manutenção da rotina diária do paciente nessa fase da demência, pois estão interligado 24 horas nas tarefas. Por isso, devem estar capacitados em todas as áreas possíveis de conhecimento, para que possam interagir na alimentação, comunicação e linguagem, deglutição, incontinência urinária, higiene pessoal e bucal e cuidados físicos (GOIATO et al., 2006; BARBOSA et al., 2010).

Em relação ao atendimento domiciliar aos pacientes com Alzheimer, deve ser o mais multi/interdisciplinar possível devido ao fato dessa desordem neurodegenerativa atingir o paciente como um todo. O ideal seria que todos os pacientes tivessem a oportunidade de ter um acompanhamento por médicos geriatras, odontogeriatras, fisioterapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionistas, enfermeiros, cuidadores, além de outros, a fim de proporcionar uma complexa e entendida rede de saúde para o paciente, conforme o caso clínico apresentado (GOIATO et al., 2006; MIRANDA BOTTINO et al., 2009; MIRANDA; MONTENEGRO, 2009).

Mas, observamos que nem todos os pacientes e familiares conseguem ter acesso a esses serviços, talvez pela falta de capacitação dos próprios profissionais da saúde e equipes, falta de centros especializados em assistir corretamente essa população e, principalmente, os elevados gastos financeiros de manutenção de toda uma estrutura, fatores que dificultam esse correto planejamento focado no paciente com Alzheimer (ZULUAGA, 2002).

A presença e atuação efetiva de vários profissionais envolvidos na promoção de saúde da paciente, conforme relatado no caso clínico, é de extrema importância no enfrentamento das dificuldades e novidades da doença tanto para o paciente, quanto para a família (NUNES et al., 2003; SCHRAMM, 2004; BOTTINO et al., 2009; FLORIANI; MIRANDA; MONTENEGRO, 2009)

A saúde bucal é, também, um importante meio em saúde a ser observado nesses pacientes, principalmente nas questões relacionadas á correta higienização dentária, lingual e das próteses, pois os mesmos, nessa fase da demência, perdem a capacidade de realizar corretamente estas tarefas, situação na qual o

cuidador/familiar assume esse papel (CHALMERS; PEARSON, 2005; FIREDLANDER et al., 2006; GOIATO et al., 2006; VARJÃO, 2006).

O uso de próteses e sua higienização devem ser muito bem supervisionados em pacientes com Alzheimer, principalmente nas questões relacionadas ao surgimento de úlceras traumáticas, lesões por falta de uma correta adaptação protética, diminuição do fluxo salivar por ação medicamentosa e idade que leva ao ressecamento da mucosa e prejuízos no uso protético e lesões fúngicas como a candidose (FRIEDLANDER et al., 2006; MIRANDA et al., 2010;).

Existe a necessidade de termos profissionais da odontologia, odontogeriatras, capacitados em promover esse tipo de assistência em saúde ao paciente com Alzheimer nas suas especificidades no ambiente ambulatorial (consultório) e domiciliar (home care). (ZULUAGA, 2002).

Esses odontólogos devem ser profissionais que consigam se adaptar às dificuldades de atuar “fora” do ambiente natural de trabalho (consultório odontológico), estarem capacitados em promover a saúde bucal, a partir de uma visão gerontológica complementar às demais áreas da saúde envolvidas, além de estarem aptos a planejar e executar essas ações de maneira multidisciplinar (NUNES; PORTELLA, 2003; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; CHALMERS et al., 2005; GOIATO et al., 2006; MIRANDA; MONTENEGRO, 2009;).

Conclusões

Concluiu-se, neste caso clínico, que o profissional da odontologia, o odontogeriatra, deve estar inserido no contexto multidisciplinar de forma a se integrar tanto à equipe ambulatorial quanto à equipe domiciliar (home care) na assistência ao paciente com Alzheimer, de maneira a proporcionar um atendimento digno em saúde que objetive a promoção do bem estar e qualidade de vida para essas pessoas a partir de um planejamento gerontológico.

Referências

1. FRIEDLANDER A.H., NORMAN D.C., MAHLER M.E., NORMAN K.M., YAGIELA J.A. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2006; 137(9):1240-51.
2. CHIAPPELLI F., NAVARRO A.M., MORADI D.R., MANFRINI E., PROLO P. Evidence-based research in complementary and alternative medicine III: treatment of patients with Alzheimer's disease. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2006; 3(4):411-24.
3. CHALMERS J.M., PEARSON A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Ad Nurs.* 2005; 52(4):410-9.
4. GOIATO M.C., SANTOS D.M., BARÃO V.A.R., PESQUEIRA A.A., GENNARI F.H. Odontogeriatría e a Doença de Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2006; 6(2):207-12.

5. MIRANDA A.F., LIA E.N., LEAL S.C., MIRANDA M.P.A.F. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *Rev Gau Odonto*. 2010; 58(1): 103-107.
6. ZULUAGA M., JAVIER D. Manejo odontológico de pacientes com demências. *Rev Fed Dent Colomb*. 2002; 203:28-39.
7. BARBOSA B.C.A.L, KOOPMANS F.F., SILVEIRA A.C.D. O desenvolvimento de competências do cuidador do paciente com alzheimer a partir das ideias de Paulo Freire. *Revista Augustus*, Rio de Janeiro, 2010; 14(29): 35 – 44.
8. OLIVEIRA M.F., RIVEIRO M., BORGES R., LUGINGER S. Doença de Alzheimer – perfil neuropsicológico e tratamento. *Site científico: [www.psicologia.com.pt]*, Portugal, 2005.
9. CÁSSIO M.C.B., ISABEL A.M., CARVALHO A.M.M.A., AVILA R., ZUKAUSKAS P., BUSMANTE S.E.Z., FLÁVIA C., ANDRADE S.R., HOTOTIAN F.S, CÂNDIDA H.P.C Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. *Site científico: [www.vidadealzheimer.com.br]*, São Paulo, 2009.
10. VARJÃO F.M. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, 2006; 21(53): 284-288.
11. NUNES L.M., PORTELLA M.R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Bol Saúde*. 2003; 17(2):109-21.
12. FLORIANI C.A., SCHRAMM F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(4):986-94.
13. NITRINI R., CARAMELLI P., BOTTINO C.M.C., DAMASCENO B.P., BRUCKI S.M.D., ANGHINAH R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A):720-7.
14. ADAM H., PRESTON A.J. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology*. 2006; 23(2):99-105.
15. BRUNETTI R.F., MONTENEGRO F.L.B., MANETTA C.E. Odontologia geriátrica no Brasil. *Atual Geriatr*. 1998; 15(3):26-9.
16. MIRANDA A.F., MONTENEGRO F.L.B. Atuação odontológica na doença de Alzheimer: relato de caso clínico multidisciplinar. *Int J Dent*, Recife, 8(4):220-224, out./dez.,2009.
17. BARBOSA M.T. Como avaliar quedas em idosos? *Rev. Ass. Med. Bras.*, 2001; 47(2): 85 – 109.

Ana Luiza Abritta Gurgel - Acadêmica do 8º semestre do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). E-mail: luluabritta@hotmail.com

Alexandre Franco Miranda - Professor da disciplina de Odontogeriatrics do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília; Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde – UnB. E-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Universidade Católica de Brasília (UCB) – Curso de Odontologia – Disciplina de Odontogeriatrics - Campus I – QS 07 Lote 01 EPCT, Águas Claras – CEP: 71.966-700 – Taguatinga/DF, Brasília (61) 3356-9612