

Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia

Alzheimer's disease: characteristics and guidelines in dentistry

Alexandre Franco MIRANDA¹

Érica Negrini LIA¹

Soraya Coelho LEAL¹

Maria da Penha Araújo Franco MIRANDA¹

RESUMO

A demência é classificada como uma desordem mental de caráter neurodegenerativo que atinge o Sistema Nervoso Central. A doença de Alzheimer é a forma de demência mais prevalente que acomete pessoas idosas e é definida como a perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais. Promove gradual deteriorização da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional e capacidade de comunicação. Além disso, pensamentos abstratos (paranóias e alucinações) e o declínio dos cuidados pessoais, como tomar banho e a realização da higiene bucal são comuns, interferindo na vida social e diária do indivíduo. De acordo com a evolução, a doença de Alzheimer é dividida em três fases distintas: inicial, intermediária e final. Este estudo objetiva abordar as características e sugerir orientações ao atendimento odontológico nas fases representativas da evolução desse quadro demencial. O cirurgião-dentista deve ter conhecimento dos diferentes estágios desta doença e suas características para direcionar a atenção em saúde bucal de forma individualizada a seus pacientes. A participação dos cuidadores, familiares, além da equipe de saúde é fundamental e também necessária para a manutenção da saúde bucal desses idosos.

Termos de indexação: demência; doença de Alzheimer; odontologia geriátrica.

ABSTRACT

Dementia is classified as a mental disorder of a neurodegenerative nature that affects the Central Nervous System. Alzheimer's disease is the most prevalent form of dementia that affects elderly people and it is defined as a progressive and persistent loss of multiple areas of intellectual functions. It gradually promotes deterioration in memory, learning, orientation, emotional stability and ability to communicate. Moreover, abstract thinking (paranoia and hallucinations) and the decline of personal care such as bathing and performing oral hygiene are common, interfering in the individual's social and daily life. According to its development, Alzheimer's disease is divided into three distinct stages: initial, intermediate and terminal stage. The aim of this study was to approach the characteristics and suggest guidelines for dental attendance in the representative stages in the development of this dementia condition. The dentist should be aware of the different stages of this disease and its characteristics to provide patients with individual oral health attention. The participation of caregivers, family, and the health team is fundamental and it is also necessary to maintain oral health of these elderly patients.

Indexing terms: dementia; Alzheimer's disease; geriatric dentistry.

INTRODUÇÃO

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX que, juntamente com a queda da natalidade, vem ocasionando um drástico envelhecimento da população mundial. Diante deste quadro, espera-se o aumento da prevalência de doenças próprias da terceira idade, como as cardiopatias, artrites, nefropatias, diabetes, osteoporose e doenças neurológicas degenerativas. Dentre as doenças neurológicas, a demência apresenta prevalência significativa nessa população¹⁻³.

A demência é hoje o problema de saúde mental que mais rapidamente cresce e sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, chegando a 20% em idade

superior a 80 anos. Sua incidência anual também cresce sensivelmente com o envelhecimento de 0,6% na faixa dos 65-69 anos para 8,4% acima dos 85 anos. É fundamental, portanto, que os profissionais da saúde estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução do quadro clínico desses pacientes⁴.

O Brasil acompanha o cenário mundial, apresentando a transição demográfica rumo à senilidade⁵⁻⁶. Estima-se que existam cerca de 1,2 milhões de idosos com algum quadro demencial⁷.

As síndromes demenciais geram grande impacto e consequências negativas aos pacientes, seus familiares, cuidadores e, por extensão, à sociedade⁷⁻⁸. Dentre as síndromes mentais senis, a mais conhecida é a doença de Alzheimer, que compromete três grandes parâmetros: a cognição (memória,

¹ Universidade de Brasília, Hospital Universitário de Brasília, Centro de Medicina do Idoso. Av. L2 Norte, Quadra 605, Asa Norte, 70840-901, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: AF MIRANDA. E-mail: <alexandrefmiranda@hotmail.com>.

linguagem, raciocínio e atenção), a funcionalidade (afetando atividades da vida diária como vestir-se, tomar banho, escovar os dentes, alimentar-se, fazer cálculos) e o comportamento (alterações de humor como a depressão, agitação, agressividade). Estas alterações interferem diretamente na vida social do indivíduo⁹⁻¹⁴.

A doença de Alzheimer chega a atingir cerca de 40% das pessoas acima de 85 anos. A incidência é superior em negros e hispânicos e acomete em maior número as mulheres¹⁵. Apresenta etiologia desconhecida, podendo estar associada a fatores como idade avançada, sexo, grau de escolaridade, ocupação profissional, história familiar, doença cérebro vascular, infarto do miocárdio, defeitos imunológicos, alterações metabólicas, fatores genéticos (cromossomos 1, 14, 19 e (21) síndrome de Down), traumas cerebrais decorrentes de quedas, tumores, infecções, e a carência de boa qualidade de vida (desnutrição, drogas, tabagismo, hipertensão, etilismo, elevadas taxas de colesterol no sangue)^{11-13,15-20}.

O tratamento da doença está baseado na estratégia terapêutica em três pilares, pois não há a cura: melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações de comportamento²¹. A ação medicamentosa visa a estabilização do quadro em si e diminuição de alguns sintomas decorrentes da evolução da doença²².

O déficit de saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionado a cárie e problemas periodontais (gingivite e 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^{8, 9,11,15,18,23-29}.

É de suma importância que o paciente seja avaliado em um contexto multidisciplinar, ou seja, o conhecimento da história médica, medicamentos utilizados, atividades diárias, vínculos com demais profissionais da saúde e a participação familiar são necessários para que o cirurgião-dentista tenha maior segurança em planejar e realizar um tratamento individualizado, visando promover o bem-estar, qualidade de vida e saúde como um todo^{15, 18,23-25,27,29-30}.

Esta revisão tem como finalidade apontar a evolução dos diferentes estágios da doença de Alzheimer e relacioná-la às possibilidades de atuação do cirurgião-dentista.

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer tem um curso clínico que varia entre 8 a 10 anos a partir da descoberta na fase inicial¹¹. As características individuais de cada fase da doença são determinantes para a elaboração de um plano de tratamento em saúde bucal adequado às necessidades do paciente.

A investigação deve ser minuciosa, por meio de anamnese completa e detalhada e o contato com o médico do

paciente deve ser estabelecido desde o início. O odontólogo deve utilizar o consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente, quando não-dependente. Pelos responsáveis no caso do paciente não poder assumir mais os seus atos, geralmente quando o mesmo já sofreu interdição judicial³¹.

Assim, como as demais áreas da saúde envolvidas nesse contexto, o cirurgião-dentista deve direcionar a sua atuação de acordo com as especificidades de cada paciente, em função das peculiaridades de cada fase da doença: inicial, intermediária e final.

Fase inicial

Os estágios iniciais da doença que podem durar de 0 a 4 anos e são caracterizados pela perda da memória recente, como esquecimentos, falta de habilidade em aprender e reter novas informações, problemas na comunicação (linguagem), erros de julgamentos e progressiva dificuldade em realizar atividades diárias normais como ações de higienização. Nessa fase da doença, os pacientes apresentam geralmente quadro clínico que dificulta um diagnóstico preciso^{11,13,16-17,21,29,32-34}.

O paciente, apesar dos esquecimentos contínuos característicos da doença, pode ser submetido ao tratamento em consultório. Todo o planejamento preventivo deve ser feito nessa fase, pois, com a progressão da doença, inicia-se a dificuldade de ida ao consultório. Esta fase constitui o momento adequado para se realizar qualquer tipo de procedimento clínico odontológico e preparar da melhor forma possível as condições do sistema estomatognático, frente à evolução da doença¹⁸.

É de competência e responsabilidade do cirurgião-dentista adequar o meio bucal, no sentido de melhorar a fisiologia do sistema estomatognático e, principalmente, orientar os próprios pacientes, cuidadores e familiares a respeito da manutenção da higiene bucal, por meio de técnicas de higienização adequada. A escova elétrica constitui um suporte técnico importante, entretanto, o seu uso depende da habilidade do cuidador e do familiar responsável.

Dentre as práticas de atenção à saúde bucal estão a orientação sobre higiene bucal, o controle de placa bacteriana, as restaurações com caráter funcional, o ajuste oclusal, os reembasamentos das próteses e o tratamento periodontal^{11,23,25,33}.

O planejamento do tratamento e a preservação das condições clínicas devem se antecipar a futuros problemas de saúde bucal nesses pacientes³⁴.

É importante ressaltar que o treinamento de cuidadores e familiares são mais aceitos nessa fase; portanto todo investimento em tratamento e manutenção em saúde bucal é de extrema importância. Com o passar o tempo, aumenta a dificuldade de higienização e aceitação do paciente para a realização dos procedimentos clínicos^{13,32,34-35}.

Fase intermediária

Com a progressão da doença, a fase intermediária dura de 2 a 8 anos a partir do diagnóstico. Ocorrem com

frequência perdas cognitivas adicionais, distúrbio na linguagem, repetição das palavras, interferência nas atividades ocupacionais, incapacidade de auto-cuidado, alto risco de acidentes secundários, agitação, falta de compreensão e atitudes agressivas^{11,16,21,33-34}.

O cirurgião-dentista deve estar bastante atento, pois nesse estágio já ocorrem dificuldades de expressão de linguagem, principalmente em relação à dor^{17,29}.

O paciente necessita de acompanhante constante nas idas ao consultório odontológico. Inicia-se, então, uma fase de semi-dependência em relação às atividades de vida diária, fato que gera necessidade de auxílio para realização da higienização bucal, condição essencial para manutenção das condições favoráveis a uma boa saúde. Também se inicia o estabelecimento da falta de cooperação do paciente em aceitar as intervenções odontológicas.

A partir desta fase pode-se iniciar a odontologia domiciliar^{2,29,36-37}. Neste contexto, ocorre maior interação com o paciente, a família e todos os profissionais da saúde.

O planejamento odontológico é caracterizado pela atenção às principais necessidades, com o intuito de remoção de possíveis focos de infecção como problemas periodontais, e principalmente a eliminação de qualquer fator possível determinante de dor. São comuns úlceras traumáticas causadas por próteses mal adaptadas e dentes fraturados^{11,21,32,34}.

Há possibilidade também da realização de procedimentos odontológicos sob sedação. Neste caso, o planejamento deve ser realizado em conjunto com o médico. A sedação consciente com óxido nitroso, realizada por odontólogos devidamente habilitados é uma alternativa viável que pode ser realizada no ambiente do consultório. Outra alternativa é a prescrição de benzodiazepínicos como ansiolíticos, com a anuência médica, de preferência. Essas ações facilitam consideravelmente a intervenção odontológica e evita o estresse do paciente^{11,16}.

Próteses mal adaptadas e mal higienizadas são de uso questionável nessa fase^{6,24,38}. A retirada de próteses deve proporcionar a condição de saúde bucal favorável e prevenir a ocorrência de possíveis acidentes, como aspiração ou deglutição das mesmas.

Os cuidadores devem estar capacitados à responsabilidade diária de higienização bucal e investigadores das principais informações sintomáticas da forma mais objetiva possível a respeito do paciente^{34,38}.

Surge a necessidade do cirurgião-dentista ter conhecimento e habilidade para atuar em domicílio, quando cuidadores e familiares apresentarem despreparados para o manejo odontológico desses pacientes^{11,32-34}.

Fase final

A fase terminal ou final da doença, com duração de 6 a 10 anos, é determinada pela desorientação profunda, apatia, dependência total, incontinência fecal e urinária,

perda completa da memória recente. Também pode ocorrer agressividade e ansiedade. Nesta fase é comum o risco de desnutrição. O progresso gradual leva o paciente ao coma e a morte^{13,16,17,29,33}.

O cirurgião-dentista faz parte de um ciclo de atenções à saúde do paciente, sendo de grande importância a sua atuação, como as demais áreas da saúde. Grandes discussões com os profissionais envolvidos a respeito da real necessidade de intervenção odontológica têm caráter decisivo na evolução da doença^{33,39}.

As condições mínimas de saúde bucal devem ser priorizadas. Sabe-se da relação de focos de infecção dentária e sua repercussão na saúde geral, bem como óbitos relacionados a pneumonia aspirativa, muitas vezes, por falta de condição bucal favorável desses pacientes^{11,34}.

Os pacientes idosos dependentes em domicílio, casas de repouso, hospitais e na terapia intensiva, merecem atenção específica e permanente. O cirurgião-dentista deve estar inserido na elaboração do plano de tratamento e manutenção das condições de saúde bucal desses pacientes^{36,40}.

Tratamentos complexos e demorados devem ser evitados nesta fase. O odontólogo deve atuar exclusivamente na remoção de focos infecciosos e sintomatologia dolorosa que afetam a condição geral de saúde do paciente^{11,29,32-34}. A intenção, nesta fase, é oferecer qualidade de vida ao doente.

Alguns procedimentos sob orientação, técnica correta e adaptação do cirurgião-dentista a esse novo contexto, são determinantes no conjunto de ações em saúde bucal elaborado de forma direcionada às necessidades do momento²¹. O uso de expansores bucais, abridores de boca, instrumental adequado e iluminação direta são auxiliares na realização de procedimentos clínicos.

Verifica-se que a maioria dos cuidadores não apresenta capacitação adequada para a realização de certos procedimentos referentes à manutenção da saúde bucal desses pacientes¹⁸. O cirurgião-dentista deve estar presente regularmente nas ações clínicas e decisões para a melhoria da qualidade de vida do paciente, preservando sempre a integridade e proporcionando conforto e bem-estar ao mesmo^{11,32}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento prévio dos diferentes estágios da doença de Alzheimer e suas características para direcionar a atenção em saúde bucal de forma individualizada a seus pacientes. Assim como, possuir habilidades para realizar o atendimento odontológico nas diversas fases da doença. A participação

dos cuidadores, familiares, além da equipe de saúde é fundamental e também necessária para a manutenção da saúde bucal desses idosos.

Frente a questão do envelhecimento populacional, surge a necessidade da inserção do odontólogo em equipes multidisciplinares. Desta forma, é interessante que o profissional que deseja atender idosos passe por treinamento específico, a fim de se relacionar de forma inter e multidisciplinar, seja em consultório particular, domiciliar, como hospital (centro cirúrgico, UTI, enfermaria). Além disso, o cirurgião-dentista, como educador em promoção de saúde, tem papel importante

na relação com a família e cuidadores do doente de Alzheimer, pois pode e deve estimulá-los e treiná-los a manter a saúde bucal, proporcionando assim, a qualidade de vida.

Colaboradores

AF MIRANDA, EN LIA, SC LEAL e MPAF MIRANDA foram responsáveis por todas as etapas da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Graziano KV, Maia FM. Principais acidentes de causa externa no idoso. *Gerontologia*. 1999;7(3):133-9.
- Leal MCC, Marques APO, Marino JG, Austregésilo SC. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(3):39-48.
- Passeri M, Cucinotta D, Mello M, Storchi G, Roncucci R, Biziere K. Minaprine for senile dementia. *Lancet*. 1997;1(8432):824.
- Almeida OP. Minixame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56(3-B):605-12.
- Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Odontologia geriátrica no Brasil. *Atual Geriatr*. 1998;15(3):26-9.
- Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.110-1.
- Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(3-A):720-7.
- Boccia A. Alzheimer's disease and the dental patient. Recognizing and dealing with dementia. *Ont Dent*. 1992;69(3):16-8.
- Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology*. 2006;23(2):99-105.
- Farcnick K, Persyko M. The association between alcohol use and dementia in elderly. *The Canadian Alzheimer Disease Review*. 2005;13-7.
- Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update*. 2004;31(5):273-8.
- Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmay GT, Sandu S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*. 2001;32(3):221-31.
- Little JW. Dental management of patients with Alzheimer's disease. *Gen Dent*. 2005;53(4):289-96.
- Southern Association of Institutional Dentists. Clinical concerns in dental care for persons with mental illness: self-study. SAID. 2007;9:1-16.
- Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*. 2000;17(1):8-16.
- Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(9):1240-51.
- Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. A doença de Alzheimer: psicopatologia, abordagem médica e implicações para a saúde oral. *J Am Dent Assoc Brasil*. 2007;17(3):17-30.
- Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dementia and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000;89(1):2-5.
- Jones HR. *Neurologia de Netter*. São Paulo: Artmed; 2006. p.355-74.
- Warren JJ, Chalmers JM, Levy SM, Blanco VL, Ettinger RL. Oral health of persons with and without dementia attending geriatric clinic. *Spec Care Dentist*. 1997;17(2):47-53.
- Souza ACAR, Rosa CFBD, Elias R. Doença de Alzheimer: protocolo de atendimento odontológico. CISPRES 2006 [Acesso 2007 Dez 20]. Disponível em: <<http://www.cisprecombr/acervoprintasp?Id=52>>.
- Chiappelli F, Navarro AM, Moradi DR, 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.
- Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in community-living older adults with and without dementia. *Gerodontology*. 2002;19(2):80-94.
- Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Spec Care Dentist*. 2003;23(1):7-17.
- Chalmers JM, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Ad Nurs*. 2005;52(4):410-9.
- Friedlander AH, Jarvik LF. The dental management of the patient with dementia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987;64(5):549-53.

27. Loiselle L. Oral health and dementia: strategies and protocols. *MAREP*. 2006;5(2):1-4.
28. Ship J. Oral health o patients with Alzheimer's disease. *J Am Dent Assoc*. 1992;123(1):53-8.
29. Zuluaga DJM. Manejo odontológico de pacientes com demências. *Rev Fed Odontol Colomb*. 2002;(203):28-39.
30. Moody GH, Drummond JR, Newton JP. Alzheimer's disease. *Br Dent J*. 1990;169(2):45-7.
31. Odom JG, Odom SS, Jolly DE. Informed consent and the geriatric dental patient. *Spec Care Dentist*. 1992;12(5):202-6.
32. Alzheimer's Society Information Sheet. Dental care and dementia: information sheet. 2001;448-51.
33. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *Gerodontology*. 2006;23(1):3-32.
34. Henry RG. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *J Calif Dent Assoc*. 1999;27(9):709-17.
35. Varjão FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Rev Odonto Ciência*. 2006;21(53):284-8.
36. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):986-94.
37. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic LI, Ozbas H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;93(5):521-4.
38. Henry RG, Wekstein DR. Providing dental care for patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Dent Clin North Am*. 1997;41(4):915-43.
39. Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatrics e a Doença de Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2006;6(2):207-12.
40. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Bol Saúde*. 2003;17(2):109-21.

Recebido em: 27/10/2008

Versão final reapresentada em: 25/6/2009

Aprovado em: 25/8/2009