

Doença de Alzheimer: características e orientações em Odontologia*

Alexandre Franco Miranda

Maria da Penha Araújo Franco Miranda

Érica Negrini Lia

Soraya Coelho Leal

Introdução

Com o envelhecimento populacional mundial, espera-se o aumento da prevalência de patologias próprias da velhice, como as cardiopatias, artrites, nefropatias, diabetes, osteoporose e doenças neurológicas degenerativas. Dentre as doenças neurológicas, a demência apresenta prevalência significativa nessa população (25, 33, 41).

O Brasil, atualmente, é considerado um país que está sofrendo essa mudança epidemiológica rumo à senilidade. De acordo com dados mais recentes, estima-se a presença de 1,2 milhões de idosos com algum quadro demencial (5, 6, 38).

As síndromes demenciais geram grande impacto e consequências negativas aos pacientes, seus familiares, cuidadores e, por extensão à sociedade (4, 36). A doença de Alzheimer é o quadro demencial que tem uma maior incidência na população idosa. E caracteriza-se pela perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais.

Promove uma gradual deteriorização da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional e capacidade de comunicação.

Geralmente esses pacientes apresentam pensamentos abstratos (paranóias e alucinações), incapacitação física, deficiência nos cuidados pessoais, como tomar banho e realizar uma correta higienização bucal, interferindo diretamente na vida social e diária do indivíduo (1, 16, 19, 23, 34, 45).

Esta patologia tem uma progressão de duplicar o número absoluto a cada 05 anos e atinge cerca de 40% das pessoas acima de 85 anos. A incidência é superior em negros e hispânicos e acomete em maior número as mulheres (21, 34, 46).

Apresenta etiologia desconhecida, podendo estar associada a fatores como idade avançada, gênero, grau de escolaridade, ocupação profissional, história

*Reprodução do artigo publicado na Revista Gau Odontol Jan-Mar 2010,58(1):103-107

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, qualidade de vida (nutrição, drogas, tabagismo, hipertensão, etilismo, elevadas taxas de colesterol no sangue) (14, 19, 21-23, 30, 34, 48).

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 comportamento (13).

A ação medicamentosa visa a estabilização do quadro em si e diminuição de alguns sintomas decorrentes da evolução da doença (12).

A saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionada a problemas periodontais (gingivite e periodontite) devido à deficiência no controle da placa bacteriana, doença cárie, uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, lesões de mucosa decorrentes da iatrogenia profissional diante de trabalhos protéticos, e a falta de ações preventivas para promoção e adequação do meio bucal. O uso constante de medicações acaba interferindo diretamente na saúde bucal, pois promove a diminuição do fluxo salivar, aumentando o risco de doença cárie e lesões de mucosa (1, 4, 8-10, 14, 19, 20, 22, 35, 44, 49).

É de suma importância que o paciente seja avaliado em um contexto multidisciplinar, (8-10, 14, 22, 35, 37, 49), ou seja, o conhecimento da história médica, medicamentos que são consumidos, atividades diárias, vínculos com demais profissionais da saúde envolvidos e a participação familiar são necessários para que o cirurgião-dentista tenha maior segurança em planejar e realizar um tratamento individualizado visando promover bem-estar, qualidade de vida e saúde como um todo.

O presente estudo tem como finalidade demonstrar as diferenças clínicas da evolução da doença de Alzheimer e relacioná-las às possibilidades de atuação do cirurgião-dentista, nesse contexto desconhecido, pela maioria dos profissionais da odontologia.

Revisão da literatura e discussão

A doença de Alzheimer tem um curso clínico de mais ou menos 10 anos a partir da descoberta na fase inicial (19). As características individuais de cada fase da doença são marcantes para uma investigação e elaboração de um plano de tratamento adequado.

A investigação minuciosa por meio de uma correta anamnese e de meios éticos e legais para a realização do tratamento odontológico com segurança (consentimento livre e esclarecido) (40), ao paciente, quando não-dependente, e aos responsáveis no caso do paciente não poder assumir mais os seus atos. Como as demais áreas da saúde envolvidas nesse contexto, o profissional de odontologia pode direcionar a sua atuação de acordo com as especificidades

de cada paciente, e de acordo com as peculiaridades de cada fase da doença: inicial, intermediária e final.

1. Fase Inicial

Os estágios iniciais da doença, que pode durar de 0 a 4 anos, 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 (2, 3, 13, 19, 21, 22, 27, 34, 49).

O paciente, apesar dos esquecimentos contínuos característicos da doença, pode ser submetido ao tratamento em nível de consultório. Todo o planejamento preventivo deve ser feito nessa fase, pois, com o decorrer da doença a dificuldade de ida do paciente ao consultório aumenta.

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 a evolução da doença (22).

É de competência e responsabilidade do cirurgião-dentista adequar o meio bucal deste paciente, 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 vai depender da habilidade do cuidador e do familiar responsável.

Dentre as práticas de atenção à saúde bucal, podemos citar: orientação sobre higiene bucal, controle de placa bacteriana, restaurações com o caráter funcional, ajustes oclusal, reembasamentos das próteses, tratamento periodontal (combate à gengivite, periodontite), e, tratamento de algumas patologias (3, 8, 10, 19).

A realização de atividades lúdicas com o paciente pode facilitar a relação paciente e profissional e a formação de vínculos.

Nesta fase deve-se fazer um minucioso planejamento do plano de tratamento e preservação das condições clínicas do paciente, ou seja, deve-se antecipar a necessidade de futuros problemas de saúde bucal nesses pacientes (3).

O treinamento de cuidadores e familiares são mais aceitos nessa fase, pois, aumenta a dificuldade de higienização e aceitação do paciente para a realização dos procedimentos clínicos (2, 27, 29, 34, 47).

2. Fase Intermediária

Com a progressão da doença, a fase intermediária, de duração de 2 a 8 anos, vários distúrbios cognitivos tornam-se aparentes, a personalidade é afetada diretamente.

Ocorrem com frequência perdas cognitivas adicionais, distúrbio na linguagem, repetição das palavras, interferência nas atividades ocupacionais, incapacidade de cuidar de si mesmos, alto risco de acidentes secundários, agitação, falta de compreensão e atitudes agressivas (3, 13, 19, 21, 25, 27).

O cirurgião-dentista deve estar bastante atento nessa etapa da doença, pois nesse estágio já ocorrem dificuldades de expressão de linguagem, principalmente em relação a dor (22, 49).

Esta fase caracteriza-se pela necessidade constante de acompanhamento do paciente às idas ao consultório odontológico. Inicia-se então uma fase de semidependência das atividades, principalmente, da higienização bucal e manutenção das condições favoráveis a uma boa saúde.

Também se inicia o estabelecimento da falta de cooperação do paciente em aceitar a realização de intervenções odontológicas.

A partir desta fase pode-se iniciar a odontologia domiciliar (18, 31, 33, 49). Neste contexto, ocorre maior interação com o paciente, a família e todos os profissionais da saúde.

O planejamento odontológico é caracterizado pela realização das 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, exemplificando.

São comuns úlceras traumáticas causadas por próteses mal adaptadas (2, 13, 19, 27), e dentes fraturados.

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 (19, 21), e, evita o estresse do paciente.

O uso de próteses indevidas e a dificuldade de higienização podem ser fatores determinantes na orientação do cirurgião-dentista em eliminar o uso das mesmas pelo paciente (6, 9, 26). O objetivo, nestes casos, é proporcionar a

manutenção das condições de saúde favorável e, no sentido de prevenir a ocorrência de possíveis acidentes, como aspiração ou deglutição da prótese.

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 (26, 27).

Surge a necessidade do cirurgião-dentista ter conhecimento e habilidade para atuar em domicílio, assim como, cuidadores e familiares apresentam despreparados para o manejo odontológico desses pacientes (2, 3, 19, 27).

3. 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 morte (21, 22, 27, 34, 49).

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 no andamento da doença (3, 24, 47).

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, caso de morte relacionando pneumonia aspirativa em idosos e a falta de condição bucal favorável desses pacientes (19, 27).

Os pacientes idosos dependentes em domicílio, casas de repouso, hospitais e na terapia intensiva merecem atenção específica e permanente e, o cirurgião-dentista deve estar inserido na elaboração do plano de tratamento e manutenção das condições de saúde bucal desses pacientes (18, 39).

A realização de tratamentos complexos e demorados deve ser evitada nesta fase. O profissional de odontologia deve atuar exclusivamente na remoção de focos infecciosos e sintomatologia dolorosa que acabam afetando a condição geral de saúde do paciente (2, 3, 19, 27, 49).

Alguns procedimentos, sob orientação, técnica correta e adaptação do cirurgião-dentista a esse novo contexto são determinantes no sucesso do plano de tratamento elaborado para as necessidades do momento (13). O uso de espansores bucais, abridores de boca, instrumental adequado e iluminação direta são fatores auxiliares na realização de qualquer procedimento clínico. Verifica-se que a maioria dos cuidadores não apresenta capacitação adequada para a realização de certos procedimentos referentes à manutenção da saúde bucal desses pacientes (22).

O cirurgião-dentista deve estar presente regularmente nas ações clínicas e decisões para a melhoria do paciente, preservando sempre a integridade e proporcionando conforto e bem-estar ao mesmo (2, 19).

Conclusões

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento prévio do estágio da doença e suas características para elaboração do melhor plano de tratamento individualizado para cada paciente, assim como possuir habilidades para realizar o atendimento odontológico a esses pacientes nas diversas fases da doença, seja em nível de consultório odontológico, hospital e domicílio, respeitando a individualidade e promovendo o bem-estar de cada paciente.

O conhecimento e atuação em nível odontológico dos cuidadores e, principalmente, dos familiares são extremamente necessários para o sucesso do tratamento e manutenção da saúde desta população.

Tal condição estabelece a emergente criação de cursos direcionados à promoção de saúde bucal dessa população aos cuidadores, familiares e aos profissionais desqualificados a esse atendimento e interessados nessa abordagem profissional.

Verifica-se também a necessidade de profissionais e cuidadores qualificados e interessados em atender estes pacientes e a importância da relação multidisciplinar e interdisciplinar de profissionais da saúde.

Referências

1. Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology*. Review. 2006; 23: 99-105.
2. Alzheimer's Society Information Sheet (ASIS). Dental care and dementia. Information sheet. 2001. p. 448-51.
3. Authors Journal Compilation (AJC). Oral health of people with dementia. *Gerodontology*. 2006; 23(1): 3-32.
4. Boccia A. Alzheimer's disease and the dental patient. Recognizing and dealing with dementia. *Ont Dent*. 1992; 69(3): 16-8.
5. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Odontologia geriátrica no Brasil. *Atual Geriatr*. 1998; 15(3): 26-9.
6. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: notions of clinical interest. 1st ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 110-1.
7. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; v. 24(1): 7-10.
8. 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.
9. 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.

10. Chalmers JM, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(4): 410-19.
11. Cruz VT, Pais J, Teixeira A, Nunes B. Sintomas iniciais de demência de Alzheimer: a percepção dos familiares. *Acta Med Port*. 2004; 17: 437-44.
12. 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. Advanced Access Publication. lecture series. 2006.
13. De Souza ACAR, Rosa CFBD, Elias R. Doença de Alzheimer: Protocolo de atendimento odontológico. CISPRES. 2006 [Acesso em 20 Dez 2007]. Disponível em: <<http://www.cisprecombr/acervoprintasp?Id=52>>.
14. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*. 2000; 17(1): p. 8-16.
15. Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, Scherr PA, Cook NR, Chown MJ et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community of older persons. Higher than previously reported. *JAMA*. 1989; 262(18): 2551-56.
16. Farnick K, Persyko M. The association between alcohol use and dementia in elderly. *The Canadian Alzheimer Disease Review*. 2005. p. 13-17.
17. Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D. Guidelines for oral health care for long-stay patients and residents. Report of British Society for Disability and Oral Health. 2000; 17(1): 55-64.
18. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(4): 986-94.
19. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Spec Care Dent. Dent Update*. 2004; 31(5): 273-8.
20. Friedlander AH, Jarvik LF. The dental management of the patient with dementia. *Oral Surg*. 1987; 64(5): 549-53.
21. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *JADA. American Dental Association*. 2006; 137: 1240-51.
22. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. A doença de Alzheimer: psicopatologia, abordagem médica e implicações para a saúde oral. *JADA*. 2007; 17(3): 17-30.
22. Ghezzi EM, Ship JA, Mich AA. Dementia and oral health. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000; 89(1): 2-5.
23. Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmay GT, Sandu S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*. 2001; 32(3): 221-31.
24. Goiato et al. Odontogeriatrics and the Disease of Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2006; 6(2): 207-12.
25. Graziano KV, Maia FM. Principais acidentes de causa externa no idoso. *Gerontologia*. 1999; 7(3): 133-9.
26. Henry RG, Wekstein DR. Providing dental care for patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Dent Clin North Am*. 1997; 41(4): 915-43.
27. Henry RG. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *J Calif Dent Assoc*. 1999; 27(9): 709-17.
28. Hilgert JB, Bertuzzi D, Hugo FN, Padilha DMP. Saúde bucal em portadores de doença de Alzheimer e em seus cuidadores. Centro de referência e documentação

sobre envelhecimento da Universidade Aberta da Terceira Idade, UnATI. Textos sobre envelhecimento. 2003; 6(1): 1-15.

29. Hugo FN et al. Oral health behaviour and socio-demographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. *Gerodontology*. 2007; 24(1): 36-40.

30. Jones Jr HR cols. *Neurologia de Netter*. 1a ed. São Paulo: Artmed; 2006. p. 355-74.

31. 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.

32. Lapeer GL. Dementia's impact on pain sensation: a serious clinical dilemma for dental geriatric care givers. *Canadian Dental Association*. 1998; 64(3): 182-92.

33. Leal MC et al. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006; 9(3).

34. Little JW. Dental management of patients with Alzheimer's disease. *Spec Patient Care*. 2005; 53(4): 289-96.

35. Loiselle L. Oral health and dementia: strategies and protocols. University of Waterloo. *MAREP*. 2006; 5(2): 1-4.

36. Maciel Jr JA, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer, avaliação cognitiva e funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-A): 720-7.

37. Moody GH, Drummond JR. Alzheimer's disease. *British Dental Journal*. 1990; 169(45): 45-7.

38. 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): 720-727.

39. Nunes LM, Portella MR. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção básica em saúde. *Boletim da Saúde*. 2003; 17(2): 109-21.

40. Odom JG, Odom SS, Jolly DE. Informed consent and the geriatric dental patient. *Spec Care Dentistry*. 1992; 12(5): 202-6.

41. Passeri M, Cucinotta D; De Mello M, Storchi G, Roncucci R, Biziere K. Minaprine for senile dementia. *Lancet*. 1997; 1: 824.

42. Reiman EM, Caselli RJ. Alzheimer's disease. *Maturitas*. 1999; 31(3): 185-200.

43. Rejnfeldt I, Andersson P, Renvert S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int. J Dent Hyg*. 2006; 4(2): 67-71.

44. Ship J. Oral health o patients with Alzheimer's disease. *J Am Dent Assoc*. 1992; 123: 53-58.

45. Southern Association of Institutional Dentists (SAID). Clinical concerns in dental care for persons with mental illness. Self-study. 2007; 9: 1-16.

46. Tang MX, Cross P, Andrews H et al. Incidence of AD in African-Americans, Caribbean Hispanics, and Caucasians in northern Manhattan. *Neurology*. 2001; 56(1): 49-56.

47. Varjão FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Rev Odonto Ciência*. 2006; 21(53): 284-8.

48. 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.

49. Zuluaga DJM. Manejo odontológico de pacientes com demências. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. 2002; 203: 28-39.

Alexandre Franco Miranda - Mestre em Ciências da Saúde - UnB; Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília-HUB, UnB; Professor do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília - UCB. E-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Maria da Penha Araújo Franco Miranda - Mestre em Ciências da Educação – Universidade Internacional de Lisboa-UIL; Mestre em Ciências da Saúde- UnB.

Érica Negrini Lia - Doutora em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília– UnB; Professora do curso de Odontologia- UnB; Coordenadora do Projeto de Atenção Odontológica do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília-HUB, UnB.

Soraya Coelho Leal - Doutora em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília – UnB; Professora do curso de Odontologia- UnB; Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília-HUB, UnB.