

A DOENÇA DE ALZHEIMER E O CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

ALZHEIMER'S DISEASE AND ORAL HEALTH CARE

Rosângela Goes Rabelo*
Sandra Maria Ferraz Mello**
Altino Texeira Neto***
Nara Santos Araujo****

Unitermos

Bruxismo; Toxina Botulínica; Tratamento; Toxina Onabotulínica A.

RESUMO

A elevação da expectativa de vida de uma população resulta da interação de diversos fatores, como a descoberta dos antibióticos; dos imunobiológicos ou vacinas, efetivação de políticas públicas para redução da pobreza e desigualdades como: ações de saneamento básico; habitação digna e maior tempo de permanência na escola. Contudo, o processo de envelhecimento acarreta maior incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo das neurodegenerativas, especificamente a doença de Alzheimer (DA). A doença apresenta evolução gradual, com deterioração da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional, capacidade de comunicação, pensamentos abstratos (paranoias e alucinações) tendo como consequência a incapacidade e exclusão social. Inicia-se com redução motora e cognitiva chegando à perda da autonomia pessoal, inviabilizando a realização das atividades da vida diária (AVDs) como nutrição e cuidados básicos de higiene oral. É condição essencial que os cirurgiões-dentistas conheçam características clínicas da DA para que os cuidados odontológicos sejam planejados prevendo as etapas evolutivas da doença e a percepção dos pacientes e seus cuidadores.

Uniterms:

Oral Health, Dementia, Alzheimer's Disease

ABSTRACT

The increase in the life expectancy of a population results from the interaction of several factors, such as the discovery of antibiotics; immunobiologicals or vaccines, effective public policies to reduce poverty and inequalities such as: basic sanitation actions; housing and longer time in school. However, the aging process leads to a higher incidence and prevalence of chronic non-communicable diseases (NCDs), such as neuro-

* Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), nas disciplinas de Farmacoterapia Odontológica e Odontogeriatría.

** Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), nas disciplinas de Odontologia para Pacientes Especiais, Clínica Integrada e Trabalho de Conclusão de Curso I.

*** Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), na disciplina de Clínica Integrada.

****Doutoranda no Curso de Odontologia e Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

degenerative diseases, specifically Alzheimer's disease (AD). The disease presents gradual evolution, with deterioration of memory, learning, orientation, emotional stability, communication capacity, abstract thoughts (paranoias and hallucinations), resulting in incapacity and social exclusion. It begins with a motor and cognitive reduction, leading to the loss of personal autonomy, making it impossible to carry out activities of daily living (ADLs) such as nutrition and basic oral hygiene care. It is essential that dental surgeons know the clinical characteristics of AD so that dental care is planned by predicting the evolutionary stages of the disease and the perception of patients and their caregivers.

Introdução

A transição demográfica altera o perfil da saúde da população, elevando a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e neurodegenerativas, entre as quais, a Doença de Alzheimer (DA). Descrita por Alois Alzheimer em 1906, a DA representa 15 milhões de pessoas no mundo. No Brasil 1,2 milhões de pessoas são acometidas pela doença, contudo sem diagnóstico¹. A doença ocorre quando a proteína Tau responsável pela manutenção da estrutura dos neurônios, os microtúbulos, compostos por tubulina, não conseguem promover a ligação entre esses componentes e se retorcem, formando emaranhados neurofibrilares e o acúmulo de placas beta amiloides. Os neurônios entram em colapso e morrem, comprometendo a função dos neurotransmissores. Tais alterações ocorrem em estruturas do lobo temporal medial, incluindo o hipocampo e o giro para hipocampal, córtex entorrinal, amígdala e prosencéfalo basal, regiões do cérebro envolvidas com o aprendizado, a memória e o comportamento emocional^{2,3}. Sem fator etiológico determinante, diversas teorias tentam explicar a causa da DA.

O envelhecimento é o principal fator de risco para a demência, contudo outros fatores de risco modificáveis devem ser considerados, como baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, dislipidemia, tabagismo, aspectos de estilo de vida, como exclusão, interativi-

dade social e estímulos intelectuais⁴. Além da idade, os fatores de maior evidência são o sexo feminino, história familiar da doença em parentes de primeiro grau, história de traumatismo cranioencefálico e presença do alelo E4 da apo lipoproteína. Não se considera a DA uma doença genética ou familiar, mas os fatores genéticos podem elevar a predisposição em relação à população geral⁵⁻⁷.

Os principais achados anatomopatológicos são as placas amiloides, depósitos insolúveis de proteína beta-amiloide, emaranhados neurofibrilares, constituídos por proteína Tau fosforilada, perda neuronal, diminuição da densidade sináptica e gliose. A principal e mais precoce característica clínica é o déficit de memória, que envolve a dificuldade em memorizar informações, experiências e eventos recentes; o indivíduo torna-se repetitivo e desconhece a doença, podendo haver piora dos sintomas cognitivos e comportamentais ao entardecer (fenômeno do pôr-do-sol)⁵⁻⁸. Pessoas que apresentam a Síndrome de Down (Trissomia do cromossomo 21), quando alcançam a quarta década de vida, podem desenvolver as alterações neuropatológicas típicas da DA⁵.

A DA está associada a altas taxas de morbidade e mortalidade, com grande impacto e consequências negativas para os indivíduos, familiares e cuidadores, bem como para a so-

cidade, uma vez que contribui para a elevação do custo de assistência à saúde. O tratamento da doença tem a proposta de controlar e retardar os danos para o indivíduo, com base na estratégia terapêutica em três pilares, pois não existe cura: melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações de comportamento^{9,10}. O diagnóstico inicial é clínico, com a utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem; o definitivo só é possível *post mortem*, mediante exame histopatológico do tecido cerebral, determinado pela distribuição e densidade dos achados. A doença apresenta fases durante a evolução, com sobrevida que pode chegar a 20 anos, mas a média de sobrevida é de oito anos⁴⁻⁶.

Sendo a DA uma desordem neurodegenerativa, sem cura, que atinge milhões de pessoas no mundo, inclusive no Brasil, observa-se a necessidade de inserção do cirurgião dentista no atendimento aos pacientes. A saúde bucal desses indivíduos é precária, com susceptibilidade a cárie, gengivite, periodontite e deficiente controle da placa bacteriana. Essas situações são agravadas pela perda da autonomia quanto à realização das atividades da vida diária (AVDs), como a escovação. A hipossalivação proveniente dos medicamentos e lesões na cavidade oral por próteses mal adaptadas também são observadas. A falta de reconhecimento de objetos simples, como a escova, definida como agnosia, faz com que o paciente desconheça a função do objeto, contribuindo para o agravamento da saúde bucal¹¹.

Revisão da Literatura

A Organização Mundial da Saúde¹² (2011) estima que mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresenta alguma deficiência e que mais de 50% não recebem assistência odontológica. O Ministério da Saúde, atra-

vés da Política Nacional da Pessoa com Deficiência, orienta aos diversos setores da saúde o atendimento à pessoa com deficiência e a atenção integral à saúde, o que inclui saúde bucal e assistência odontológica integral, em regime ambulatorial especial ou em regime hospitalar e domiciliar, conforme as especificidades de cada caso^{13,14}.

Em estudo envolvendo idosos, com e sem alteração da cognição, ficou constatado que os pacientes com déficit exibiam maiores médias de CPOD, COR e menores médias de sextantes sadios do CPI, prevalências menores de sextantes sem placa/cálculo e de uso de prótese; maiores prevalências de edentulismo e necessidade de próteses, portanto, saúde bucal mais precária. Contudo, o grupo sem alteração da cognição apresentava também necessidades em saúde bucal, por razões como falta de acesso aos serviços de saúde e seqüela da prática mutiladora da odontologia¹⁰. Para Ilha et al.¹ (2017), a construção do conhecimento entre familiares, cuidadores, docentes e discentes dos cursos das áreas de saúde é fundamental para assistir a pessoa com DA, diante da complexidade da doença e suas fases, além de qualificar a atenção ao núcleo familiar/cuidador.

FASES DA DOENÇA E AS AÇÕES EM SAÚDE BUCAL

Em decorrência das suas características - perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais, os pacientes com a DA apresentam risco elevado de doenças bucais devido à precarização dos cuidados com a própria higiene, associada aos efeitos colaterais dos fármacos utilizados para a estabilização do quadro e diminuição dos sintomas decorrentes da evolução da doença¹⁵.

A saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionada a problemas periodontais (gengivite e periodontite) pela deficiência no

controle do biofilme dental, lesões cariosas (cárie radicular), uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, lesões de mucosa, mucosite, hipossalivação ou xerostomia, junto a falta de ações preventivas para promoção e adequação do meio bucal. Diagnosticada a doença, a anamnese e a avaliação clínica são fundamentais para a definição da conduta odontológica mais adequada. Durante a evolução da DA, três fases são identificadas:

FASE INICIAL

Com duração entre 0 a 4 anos, inicialmente, verifica-se o leve déficit de memória, desorientação no tempo e no espaço, alteração da personalidade e do senso crítico. Nesta fase, o indivíduo ainda consegue realizar algumas das atividades diárias, mas a forma de fazer é mais ineficiente e com menos interesse. O paciente deve ser assistido no ambiente do consultório odontológico, e o profissional deve insistir em personalizá-lo, chamando-o pelo nome, promover um ambiente acolhedor e sempre explicitar para ele o que será executado, independente do seu entendimento; o acompanhante deve permanecer ou não na sala, conforme a vontade do mesmo. O treinamento de cuidadores e familiares são mais efetivos nessa fase, por aumentar a dificuldade de higienização e aceitação do paciente para a realização dos procedimentos clínicos¹⁶.

Este período constitui o momento adequado para se realizar qualquer tipo de procedimento clínico odontológico, enfatizando ações preventivas e preparando o sistema estomatognático, adequadamente, para as alterações advindas da evolução da doença. Assim, compete ao cirurgião-dentista adequar o meio bucal deste paciente, orientar os próprios pacientes, cuidadores e familiares a respeito da manutenção da higiene bucal, por meio de técnicas de higienização adequada como o uso da escova elétrica, controlar re-

gularmente o biofilme, optar por restaurações com o caráter funcional, ajuste oclusal, reembasamentos das próteses, tratamento periodontal (combate à gengivite, periodontite), e tratamento de algumas patologias¹⁶.

O plano de tratamento deve ser criterioso, prevenindo futuros problemas de saúde bucal e preservação das condições clínicas do paciente, e as atividades lúdicas podem facilitar a relação paciente e profissional e a formação de vínculos.

FASE MODERADA OU INTERMEDIÁRIA

Na sequência, na fase moderada ou intermediária, perdura entre 2 e 8 anos a partir do diagnóstico clínico e é neste período que se inicia a dependência total para as AVDs^{11, 17}. Devido à apraxia (incapacidade de realizar um ato motor de maneira correta). O déficit de memória, a perda do domínio cognitivo, da linguagem, da atenção, a dificuldade em executar funções e a perda da orientação espacial se acentuam. O paciente torna-se pouco receptivo ao tratamento odontológico. Acentuam-se o desconhecimento dos objetos, inclusive a escova dentária (agnosia), e a dificuldade de coordenar a execução de movimentos (apraxia), necessitando de ajuda. Ocorrem também, nesta fase, alterações do sono, fenômeno do pôr-do-sol ou crepúsculo, além de delírios, alucinações, agitação, apatia e sintomas depressivos e uma forte associação com perdas materiais. Os familiares cuidadores e cuidadores devem ficar atentos a necessidade da ajuda buscando fazê-lo com sutileza e respeito, sempre explicando passo a passo do que será feito.

Nesta fase da doença, o cirurgião-dentista deve estar bem atento às dificuldades de expressão de linguagem, principalmente em relação a dor. Inicia-se então uma fase de semi-dependência das atividades, principalmente, da higienização bucal e manutenção das con-

dições favoráveis a uma boa saúde quando se observa a falta de cooperação do paciente em aceitar a realização de intervenções odontológicas. O paciente necessita de acompanhamento constante, podendo ser, ainda, no consultório odontológico ou em domicílio, onde ocorre maior interação com o paciente, a família e todos os profissionais da saúde¹⁸.

O planejamento odontológico deve contemplar as principais necessidades, com ênfase na remoção de focos de infecção como problemas periodontais, na eliminação de qualquer fator possível determinante de dor e saneamento de úlceras traumáticas causadas por próteses mal adaptadas e dentes fraturados, achados muito comuns nestes pacientes. Contraindica-se o uso de próteses, proporcionando a manutenção das condições de saúde favorável e, no sentido de prevenir a ocorrência de possíveis acidentes, como aspiração ou deglutição da mesma¹⁶.

Na possibilidade da realização de procedimentos odontológicos sob sedação, seja sedação consciente com óxido nitroso ou benzodiazepínico, o planejamento deve ser realizado em conjunto com o médico. Essas ações devem ser consideradas por facilitarem a intervenção odontológica, e evita o estresse do paciente.

FASE FINAL

No estágio final da doença, com duração de 6 a 10 anos, o indivíduo encontra-se incapaz do autocuidado, com dificuldade para alimentar-se, locomover - se, apresentando também descontrole esfíncteriano e de comportamento, ficando agressivo e ansioso. Fica acamado, e na maior parte do tempo em posição fetal. Nesta fase, o cuidado a pessoa com DA traz para a família e o cuidador, sentimentos e emoções difíceis, que resultam em isolamento social, restrições de atividades e sofrimento, precisando, também de cuidados¹⁷.

Nesta fase, o cirurgião-dentista deve estar preparado para participar de um ciclo de atenções à saúde do paciente, incluindo os cuidados paliativos, onde é discutida a necessidade de intervenção odontológica no andamento da doença. Observa-se o risco de desnutrição e o progresso gradual leva o paciente ao coma e morte¹⁹.

Aspecto relevante para o cirurgião dentista na abordagem aos pacientes com DA é observar seu comportamento. Esses pacientes reagem à dor na cavidade oral com agitação, recusa da alimentação e hábitos injuriantes, como morder os lábios e bater no rosto. A candidíase deve ser observada e tratada, pois é comum nesses pacientes, pela baixa da defesa imunológica e déficit nutricional²⁰. A reabilitação protética nem sempre é a opção mais adequada devido à incapacidade do autocuidado. A realização de tratamentos complexos e demorados deve ser evitada e o cirurgião-dentista deve atuar, exclusivamente na remoção de focos infecciosos, principalmente se relacionada a pneumonia aspirativa e sintomatologia dolorosa que acabam afetando a condição geral de saúde do paciente¹⁶.

É importante que, logo após o diagnóstico, seja feita a consulta odontológica e o planejamento necessário, com a evolução da doença, esses procedimentos tornam-se inviáveis; quando indispensável, a mesma conduta deve ser realizada em nível hospitalar/domiciliar. A indicação da saliva artificial é importante para evitar a boca seca e a possibilidade de cárie. O uso do flúor deve ser preferencialmente através da escovação, e as escovas podem ser ajustadas à necessidade do paciente, com facilidades do cuidado desde a dedeira, de utilização para bebês, a escovas elétricas e com a haste modificada²¹. O uso de facilitadores - expansores bucais, abridores de boca, instrumental adequado e iluminação direta são ferramentas auxiliares

na realização de procedimento clínico, além da colaboração dos cuidadores, muitas vezes sem capacitação adequada para a realização de certos procedimentos referentes à manutenção da saúde bucal desses pacientes¹⁹.

CONSIDERAÇÕES

O profissional da Odontologia deve buscar a aproximação com os demais profissionais de saúde, o que materializa o conceito de transdisciplinaridade. A saúde bucal precária nesses pacientes se deve a diversos fatores, seja em relação ao paciente, como as comorbidades, eventos adversos da medicação e disfunção motora e cognitiva; em relação ao cuidador, como falta de conhecimento ou de priorização dos cuidados de higiene oral e sobrecarga de tarefas; ou ainda em relação inexistência de políticas públicas para inclusão do cirurgião-dentista no atendimento domiciliar e a ênfase na Odontogeriatrics na formação profissional. Esta negligência coletiva pode conduzir a complicações sistêmicas (como a pneumonia de aspiração) que por sua vez podem conduzir à morte do paciente²¹.

Referências

1. Ilha S, Santos SSC, Backes DS, Barros E JL, Pelzer MT, Costenaro RGS. Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):726-32. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0687>
2. Cera ML. Apraxia of speech and apraxia nonspeech in Alzheimer's disease. São Paulo; 2010. [Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)].
3. Campos CH Percepção em saúde bucal e função mastigatória em idosos portadores da doença de Alzheimer. Piracicaba, SP; 2015. [Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba].
4. TELESSAUDE-RS. Resumo Clínico - Demência TSRS [on-line]. RegulaSUS - Protocolos. TelessaúdeRS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, s.d. [Acesso em 2017 Nov.]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/neurologia_resumo_demencia_TSRS.pdf >.
5. Goncalves EG, Carmo JS. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Rev. Psicol. Saúde* [online]. 2012; 4(2): 170-6.
6. Ximenes MA, Rico BLD, Pedreira RQ. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, 2014; 17(2):121-140
7. Lubenoww JAM. Avaliação do atendimento nos serviços de saúde a pessoa idosa. João Pessoa; 2016. [Tese de Doutorado - Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba].
8. Rigo D. Doença de Alzheimer: evolução clínica e os diferentes estágios da pintura do artista Carolus Horn. In: Konkiewitz EC. *Tópicos em Neurociência Clínica*. UFGD; 2009.
9. Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *RGO* 2010; 58(1): 1-9.
10. Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, de Sá MAB, de Oliveira LFB, et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc. saúde colet.*, 2014; 19 (08): 3417-28.
11. Gurgel ALA, Miranda AF. Atendimento multidisciplinar em paciente idosa com Alzheimer em fase intermediária em domicílio. Relato de caso: o cirurgião-

- dentista como integrante. Revista Portal de Divulgação, 2012; 20: 25-34.
12. Organização Mundial da Saúde. Banco Mundial. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334p. (Título original: World report on disability 2011 ISBN 978-85-64047-02-0).
 13. Brasil - Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. Brasília, 2008.
 14. Assis Cintia. Dentistas para lá de especiais. Rev. Bras. Odontol. vol.71 no. 1 Rio de Janeiro Jan./Jun. 2014 Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, jan/jun. 2014; 71(1): 58-61.
 15. Hugo FN, Hilgert JB, Bertuzzi D, Padilha DM, J. 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.
 16. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, John A, Yagiela JA. Alzheimer's disease Psychopathology, medical management and dental implications. JADA 2006;137:1240-51.
 17. Ilha S, Zamberlan C, Rosa RT, Viero M, Piexak DR, Backes DS. Grupo de apoio multidisciplinar com cuidadores de idosos com Alzheimer: sentimentos vivenciados. Revista Nursing. 2012; 14(168): 244-9.
 18. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 110-1.
 19. GOIATO MC, dos Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatría e a Doença de Alzheimer. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2006; 6(2): 207-12.
 20. de Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. Saúde Soc. 2012, jul/set; 21(3): 675-85.
 21. Bachelos MRP. O paciente odontogeriatrico com Doença de Alzheimer: uma revisão da bibliografia. Lisboa/Portugal; 2015. [Dissertação de Mestrado - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz].

Endereço para correspondência:

Rosangela Goes Rabelo
Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia. Rua Araújo Pinho, 62, Canela, CEP 40110-150, Salvador, BA – Brasil
Telefone: (71)3283-8980
E-mail: goes.rabelo@bol.com.br

