

Saúde bucal e doença de Alzheimer

Oral health and Alzheimer's disease

Sérgio Spezzia¹ 

RESUMO

A etiologia da doença de Alzheimer é desconhecida e pode haver influência de alguns fatores, tais como sexo, histórico familiar, idade avançada, grau de escolaridade, doença cerebrovascular, traumas cerebrais decorrentes de quedas, tumores e ocupação profissional. A doença apresenta três fases: inicial, moderada e avançada. O objetivo do presente artigo foi evidenciar as repercussões no âmbito bucal, que ocorrem em decorrência da doença de Alzheimer e de sua evolução. Foi realizado levantamento bibliográfico de estudos acerca da saúde bucal em indivíduos portadores da doença de Alzheimer. Na literatura tem sido evidenciado que a higienização bucal nesses pacientes é precária, uma vez que eles perdem a capacidade de desenvolver o autocuidado, à medida que a patologia avança. Nesse contexto, o papel desempenhado pelos familiares e pelos cuidadores é de extrema importância. Além disso, entre os recursos disponíveis para tratamento multidisciplinar nos pacientes com doença de Alzheimer, o tratamento odontológico figura com papel de destaque, em razão, principalmente, dos possíveis episódios de sintomatologia dolorosa de origem dentária, que podem ocorrer e podem passar despercebidos, tornando bastante dificultoso o tratamento *a posteriori*.

Palavras-chave: doença de Alzheimer; autocuidado; higiene bucal; cuidadores; qualidade de vida.

ABSTRACT

The etiology of Alzheimer's disease is unknown and may be influenced by some factors, such as gender, family history, advanced age, educational level, cerebrovascular disease, brain trauma due to falls, tumors and occupation. The disease has three phases: initial, moderate and advanced. The aim of the present article was to show the repercussions in the oral scope, which occur as a result of Alzheimer's disease and its evolution. A bibliographic survey of studies on oral health in individuals with Alzheimer's disease was carried out. In the literature, it has been shown that oral hygiene in these patients is precarious, since they lose the ability to develop self-care, as the disease progresses. In this context, the role played by family members and caregivers is extremely important. In addition, among the resources available for multidisciplinary treatment in patients with Alzheimer's disease, dental treatment has a prominent role, mainly due to possible episodes of painful symptoms of dental origin, which may occur and may go unnoticed, making the treatment rather difficult.

Keywords: Alzheimer disease; self care; oral hygiene; caregivers; quality of life.

INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer foi identificada precursoramente em 1907 pelo patologista Alois Alzheimer e consta de doença neurológica neurodegenerativa, que é incurável e evolui gradativamente.¹

Essa doença tornou-se um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo capaz de gerar bastante impacto. Sua ocorrência implica em inúmeras demandas para tratamentos, os quais geram altos custos.²

O acometimento pela doença por volta dos 85 anos gira em torno de 40%, incidindo mais frequentemente em hispânicos, negros e em mulheres.³⁻⁵

A etiologia é desconhecida de modo que pode haver influência de diversos fatores, tais como sexo, histórico familiar, idade avançada, grau de escolaridade, doença cerebrovascular, traumas cerebrais decorrentes de quedas, tumores e ocupação profissional. Com o transcurso da doença ocorrem o comprometimento da memória, da orientação, da atenção,

¹Cirurgião Dentista e Mestre em Ciências, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. Autor correspondente: Sérgio Spezzia – Rua Silva Bueno, 1.001, Ipiranga – CEP: 04208-050 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: sergiospezzia@hotmail.com

Recebido em 23/11/2017. Aceito para publicação em 08/05/2018.

da linguagem, a modificação das funções intelectuais superiores, incapacidade e dependência total de terceiros para realizar as atividades da vida diária (AVDs).⁶⁻¹¹

Quanto à sua classificação a doença é dividida em três fases: inicial, moderada e avançada. Os sintomas progredem de forma particularizada em cada indivíduo.¹²

O tratamento médico fundamenta-se no retardo da sua evolução, na tentativa de incrementação da cognição, bem como na resolução de problemas comportamentais. O tratamento medicamentoso, que pode ser coadjuvante, visa promover controle ou estabilização do quadro, tentando promover a redução de sintomas que decorrem da progressão da doença.^{13,14}

O objetivo do presente artigo foi evidenciar as repercussões no âmbito bucal, que ocorrem em decorrência da doença de Alzheimer e de sua evolução.

MÉTODOS

Foi realizado levantamento bibliográfico de estudos acerca da saúde bucal de indivíduos portadores da doença de Alzheimer. Efetuou-se busca nas bases de dados PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. No PubMed, empregou-se a expressão de busca “oral health and Alzheimer’s disease”. No LILACS e no Google Acadêmico, utilizou-se a expressão de busca “saúde bucal and Doença de Alzheimer”.

Incluíram-se na pesquisa artigos de periódicos nacionais e internacionais nos idiomas inglês e português.

Excluíram-se artigos que tratavam somente das manifestações sistêmicas da doença e que não faziam referência às manifestações em âmbito bucal.

Foram considerados válidos também apontamentos de livros, monografias, dissertações e teses que abordavam o conteúdo de interesse.

Cuidados odontológicos na doença de Alzheimer

Em conformidade com os trabalhos encontrados, a higienização bucal nesses pacientes é precária, uma vez que eles perdem a capacidade de realizar o autocuidado, à medida que a patologia avança. Nesse contexto, o papel desempenhado pelos familiares e pelos cuidadores é de extrema importância.¹⁵

Esses pacientes requerem atendimento de equipe multidisciplinar, em que se insere também o papel do cirurgião dentista, que deve primar por realizar um planejamento odontológico voltado a atender às necessidades desse grupo. Deve-se levar em consideração as características individuais dos pacientes, além de ser essencial a obtenção do conhecimento acerca das fases evolutivas dessa doença. Cada estágio requer determinado tipo de habilidade odontológica para sua resolução. Esses pacientes podem ser atendidos tanto em consultório odontológico como em âmbito hospitalar, tomando como base para discernir sobre o assunto o quadro com-

portamental, físico e emocional apresentado. Comumente no estágio inicial é plausível o tratamento em consultório; no entanto, nas fases moderada e avançada, o tratamento tende a tornar-se mais complexo ou complicado, advindo das manifestações clínicas da doença (paranoia, agressividade, dependência de terceiros, pouca cooperação e não comunicação) e das limitações geradas. Muitas vezes, parte-se para tratamento com cunho paliativo pela impossibilidade de realizar o tratamento curativo requerido.¹⁶

Nesses pacientes são comuns a prevalência aumentada de doenças periodontais e o acometimento por cárie rampante, em razão da insuficiência da prática do autocuidado com a higienização bucal e da diminuição do fluxo salivar, as quais podem ser ocasionadas pela doença por si só, assim como pelo uso de medicamentos.^{14,17-20}

Por conseguinte, vale ressaltar algumas prioridades no tratamento dentário preconizado a esses pacientes, incluindo: remoção de possíveis focos de infecção; exodontia de dentes que não são passíveis de serem restaurados; tratamento periodontal com remoção do acúmulo de placa bacteriana; e eliminação de fatores causadores de sintomatologia dolorosa (úlceras traumáticas provenientes de próteses mal adaptadas, dentes fraturados). Pode-se, ainda, realizar tratamento curativo por meio de procedimentos endodônticos, restauradores e protéticos.²¹⁻²³

DISCUSSÃO

Sob o enfoque odontológico, tem-se que nas fases moderada e severa da doença toda e qualquer manifestação de dor ocorre por intermédio de alterações do comportamento que podem ser acompanhadas por gritos; recusa de realizar as AVDs, mesmo sob os auspícios dos cuidadores, e aumento da agitação. A identificação da sintomatologia de origem dentária torna-se dificultosa e, para tal, deve-se levar em consideração a história pregressa do paciente e os relatos de familiares e cuidadores.²⁴

Em virtude da falta de cooperação e auxílio por parte do paciente com o avanço da doença, pode-se lançar mão de uma vasta aparatologia de recursos para complementação terapêutica. Trata-se de equipamentos especiais empregados, iluminação direta; expansores bucais; dispositivo de abertura de boca; escovas interdentais; escovas elétricas; jatos intermitentes de água; *spray* antisséptico de clorexidina; entre outros.

Constitui outro ponto importante o uso de soluções antissépticas com clorexidina para bochechos, que, por sua vez, agem no controle e na prevenção das doenças periodontais. Convém enfatizar que os pacientes com a doença de Alzheimer devem possuir controle neurofisiológico para que possam fazer bochechos com a clorexidina e cuspir a substância. Quando não houver controle por parte do paciente, o cuidador pode aplicar a clorexidina sobre dentes e sulco gengival.^{21,24}

Os cuidadores (familiares, amigos e profissionais contratados) devem ser treinados para uso desses equipamentos disponíveis para auxílio na higienização bucal a fim de que se

obtenha resultado satisfatório voltado para a manutenção da higiene bucal.²⁵⁻²⁷

Na maioria das vezes, contudo, os cuidadores não se mostram suficientemente preparados para a execução de determinados procedimentos para a manutenção da saúde bucal, tendo o cirurgião dentista importante papel por meio de acompanhamento, intervenções clínicas e reavaliações com foco nos cuidados periodontais.

O conhecimento e a conscientização do quadro sistêmico desses indivíduos são essenciais para que possam ser estruturadas intervenções odontológicas direcionadas para as características de cada paciente em particular.

O emprego de exames radiográficos mais detalhados com auxílio de radiografias panorâmicas torna-se, por vezes, inviável, por não ser factível a contenção do paciente no ato da realização do exame.²⁴

CONCLUSÃO

Concluiu-se que, entre os recursos disponíveis no tratamento multidisciplinar para os pacientes com doença de Alzheimer, as intervenções odontológicas figuram com papel de destaque, em razão, principalmente, dos possíveis episódios de sintomatologia dolorosa de origem dentária, que podem ocorrer e que podem passar despercebidos, tornando bastante dificultoso o tratamento posterior.

REFERÊNCIAS

1. Nitzsche BO, Moraes HP, Tavares Júnior AR. Doença de Alzheimer: novas diretrizes para o diagnóstico. *Rev Méd Minas Gerais*. 2015;25(2):237-43. <http://doi.org/10.5935/2238-3182.20150043>
2. Herrera Jr. E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16(2):103-8.
3. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dental Assoc*. 2006;137(9):1240-51. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2006.0381>
4. Little JW. Dental management of patients with Alzheimer's disease. *Gen Dent*. 2005;53(4):289-96; quiz 297.
5. Smith MAC. Doença de Alzheimer. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(Supl. 2):3-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000600003>
6. Philip P, Rogers C, Kruger E, Tennant M. Oral hygiene care status of elderly with dementia and in residential aged care facilities. *Gerodontology*. 2012;29(2):e306-11. <http://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2011.00472.x>
7. Ettinger RL. Dental management of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *Gerodontology*. 2000;17(1):8-16. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2000.00008.x>
8. Ribeiro GR, Costa JLR, Ambrosano GMB, Garcia RC. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(3):338-43. <http://doi.org/10.1016/j.oooo.2012.03.028>
9. Rolim TS, Fabri GMC, Nitrini R, Anghinah R, Teixeira MJ, Siqueira JTT, et al. Evaluation of patients with Alzheimer's disease before and after dental treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72(12):919-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20140140>
10. Siegel E, Cations M, Wright C, Naganathan V, Deutsch A, Aerts L, et al. Interventions to improve the oral health of people with dementia or cognitive impairment: a review of the literature. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(8):874-86. <http://doi.org/10.1007/s12603-016-0851-6>
11. Campos CH, Ribeiro GR, Rodrigues Garcia RC. Oral health-related quality of life in mild Alzheimer: patient versus caregiver perceptions. *Spec Care Dentist*. 2016;36(5):271-6. <http://doi.org/10.1111/scd.12178>
12. Engelhardt E, Brucki SMT, Cavalcanti JLS, Forlenza OV, Laks J, Vale FAC. Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(4):1104-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000600035>
13. 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. <http://doi.org/10.1093/ecam/nel072>
14. Souza ACAR, Rosa CFBD, Elias R. Doença de Alzheimer: protocolo de atendimento odontológico. CISPRES [Internet]. 2006 [acessado em 21 mar. 2017]. Disponível em: http://www.cispres.com.br/acervo_print.asp?Id=52
15. Spezzia S. Demência e saúde bucal. *Rev Fac Ciênc Med Sorocaba*. 2015;17(4):175-8.
16. Miranda AF, Parro YM, Lemos SFP, Carvalho LRT, Fernandes MHL, Lia EN. Atenção em saúde bucal aos pacientes do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília: uma visão especial da odontologia no contexto multidisciplinar: avaliação do projeto de extensão. *Meta Aval*. 2012;4(10):68-77. <http://dx.doi.org/10.22347/2175-2753v4i10.102>
17. Warmling AMF, Mello ALSF. Portfólio bibliográfico sobre a saúde bucal de idosos com doença de Alzheimer. *Rev Eletrônica Gestão Saúde*. 2015;6(Supl. 3):2360-72. <http://dx.doi.org/10.18673/gsv0i0.22456>
18. Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *Int Dent J*. 2000;50(3):140-61. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00554.x>

19. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. World Alzheimer Report 2014: dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable factors [Internet]. Londres: Alzheimer's Disease International (ADI); 2014 [acessado em 26 out. 2017]. Disponível em: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
20. Zuluaga DJM. Manejo odontológico de pacientes com demências. *Rev Fed Odontol Colomb.* 2002;(203):28-39.
21. Cerajewska TL, Davies M, West NX. Periodontitis: a potencial risk fator for Alzheimer's disease. *Br Dent J.* 2015;218(1):29-34. <http://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.1137>
22. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update.* 2004;31(5):273-4. <http://doi.org/10.12968/denu.2004.31.5.273>
23. Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res.* 2010;7(4):368-73. <http://doi.org/10.2174/156720510791162359>
24. Henry RG. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *J California Dental Assoc.* 1999;27(9):709-17.
25. Morais ER, Figueiredo MLF. Saberes e práticas de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. Teresina: EDUFPI; 2010.
26. Silva LG, Campos TG, Sousa JP, Lemos ICS, Fernandes GP, Kerntopf MR. Aspectos emocionais vivenciados por familiares frente à responsabilidade do cuidado ao idoso com Alzheimer. *Uniciências.* 2015;19(2):102-5. <http://dx.doi.org/10.17921/1415-5141.2015v19n2p%25p>
27. Lopes DB, Caixeta L. O estresse dos cuidadores. In: Caixeta L. (Ed.). *Doença de Alzheimer.* Porto Alegre: Artmed; 2012.

Como citar este artigo:

Spezzia S. Saúde bucal e doença de Alzheimer. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2018;20(4):191-4. <http://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i4a2>