

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PARA O PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER

DENTAL CARE FOR THE PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Varjão, Fabiana Mansur*

RESUMO

A Doença de Alzheimer é uma patologia que acarreta a perda progressiva das funções intelectuais do paciente. Sua causa ainda é desconhecida e o tratamento é direcionado aos sintomas, envolvendo uma equipe multidisciplinar composta por médicos geriatras, neurologistas, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. O objetivo deste trabalho é fornecer informações aos profissionais de Odontologia a respeito de técnicas e procedimentos a serem realizados na assistência odontológica de pacientes portadores da doença de Alzheimer.

UNITERMOS: assistência odontológica; doença de Alzheimer.

SUMMARY

Alzheimer's disease is a pathology that leads to a progressive loss of patient intellectual functions. The etiology is not known and the treatment is directed to the symptoms and involves a multidisciplinary approach including geriatrics, neurologists, nurses and dentists. The objective of this work is to give informations to dental professionals about techniques and procedures in the dental care of patients with Alzheimer's disease.

UNITERMS: Alzheimer disease, dental care

INTRODUÇÃO

Em 1907, o psiquiatra e neuropatologista alemão Alóis Alzheimer descreveu pela primeira vez os sintomas e efeitos neuropatológicos de uma doença degenerativa que destrói as células do cérebro lenta e progressivamente, levando a uma atrofia cerebral (Niessen et al.⁸(, 1986). A doença de Alzheimer é responsável pela morte de 10.000 pessoas por ano no mundo todo, sendo a quarta causa de morte após doenças cardíacas, câncer e acidentes vasculares cerebrais (Casada et al.², 1991). Estima-se que existam aproximadamente 1 milhão de pessoas portadoras da doença no Brasil. Cerca de uma em cada vinte pessoas acima de

65 anos de idade e menos de uma pessoa entre mil com menos de 65 anos sofrem da doença (Alzheimer's Disease International¹ (2002).

A causa dessa patologia não é conhecida pela ciência, aceitando-se que seja uma doença geneticamente determinada (Small¹⁶ (1998). Ao contrário do que se pensou por muito tempo, trabalhos (Saxe et al.¹² (1999) têm demonstrado que o mercúrio presente nas restaurações de amálgama não parece ser um fator neurotóxico na patogenia da doença de Alzheimer.

A doença afeta a memória e o funcionamento mental, podendo também conduzir a outros problemas como confusão, mudanças de humor e desorientação no tempo e no espaço (Casada et al.²,

* Mestre e Doutora em Reabilitação Oral (Área de Prótese), Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese – Faculdade de Odontologia de Araraquara/UNESP.

1991; Gitto et al.³, 2001; Goodman et al.⁴, 1993). Inicialmente, os sintomas podem ser tão sutis que passam despercebidos, tanto pela pessoa em causa como pela família e pelos amigos. No entanto, à medida que a doença progride, os sintomas tornam-se cada vez mais notórios e começam a interferir com o trabalho de rotina e atividades sociais.

Normalmente, existe um padrão geral de evolução da doença, podendo ser descritos três estágios (Niessen et al.⁹, 1985; Small et al.¹⁷, 1997). O primeiro deles costuma caracterizar-se por problemas moderados de memória ou atenção, levando a um declínio na aparência pessoal e higiene. No segundo estágio, a gravidade dos sintomas aumenta, acentuando-se os problemas de memória e tornando-se mais difícil interpretar os estímulos (tato, paladar, visão e olfato), o que repercute sob a forma de perda de apetite, incapacidade de leitura, alucinações, insônia e perda da noção de tempo e espaço. No terceiro e último estágio, considerado terminal, o paciente sofre de demência grave, tendo as funções cognitivas desaparecidas quase por completo.

Não existe tratamento curativo ou preventivo específico, embora exista uma série de medicamentos que auxiliam no alívio de alguns sintomas como agitação, ansiedade, depressão, alucinações, confusão mental e insônia (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001; Saxe et al.¹², 1999). O tratamento do paciente com a doença de Alzheimer envolve uma equipe de saúde multidisciplinar composta por médicos geriatras, neurologistas, enfermeiros, psicólogos e cirurgiões-dentistas (Goodman et al.⁴, 1993). Esses profissionais estarão responsáveis pela assistência não só ao paciente, mas também aos familiares ou pessoas designadas ao cuidado do mesmo, os chamados “cuidadores”.

O objetivo deste artigo é, através de uma revisão de literatura, fornecer informações aos profissionais de Odontologia a respeito de técnicas e procedimentos e serem realizados na assistência odontológica de pacientes portadores da doença de Alzheimer.

REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

O tratamento odontológico

Ship et al.¹⁴ (1994) estudaram por três anos as mudanças ocorridas no estado de saúde bucal de pacientes com a doença de Alzheimer e cons-

tatarem que eles são susceptíveis a uma variedade de problemas relacionados à saúde bucal, e que a progressão da doença pode acarretar em deterioração completa da saúde bucal e da função. Esses pacientes requerem estratégias preventivas agressivas para se manter a função por maior tempo possível, o que exige a participação do cirurgião-dentista e da cooperação da família.

Assim, o objetivo principal do tratamento odontológico de pacientes com a doença de Alzheimer é o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas compatíveis com as habilidades físicas e emocionais do paciente em suportar e responder ao tratamento (Goodman et al.⁴, 1993; Niessen et al.⁹, 1985). A família e os “cuidadores” devem fazer parte ativa deste tratamento (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001), devendo ser informados e apropriadamente instruídos para facilitar a implementação de tarefas que visem elevar a condição de saúde oral, conforto e qualidade de vida do paciente.

Na abordagem do paciente, deve ser considerado que as funções cognitivas diminuem significativamente durante o segundo estágio da doença (Small et al.¹⁷, 1997), portanto, o paciente será incapaz ou estará indisposto a efetuar procedimentos gerais de higiene pessoal, incluindo a higiene oral. Além disso, a doença interfere também com a capacidade do paciente em comunicar sintomas de dor ou disfunção e em suportar a maioria das intervenções necessárias (Gitto et al.³, 2001).

Normalmente, o cirurgião-dentista irá se deparar com duas situações (Nordenram et al.¹⁰, 1997). A primeira é quando o paciente possuía anteriormente à doença um bom estado de saúde bucal e estava habituado a frequentar o consultório. Neste caso, é importante que esse hábito seja mantido, para que seja preservado o estado de saúde bucal. A segunda situação é quando já existia uma condição adversa antes da doença. Aqui, o prognóstico será pior, pois além da maior dificuldade em melhorar a condição, não existe a familiaridade do paciente com o tratamento e, dependendo do estágio da doença de Alzheimer, só é possível a realização de tratamentos emergenciais.

Assim, o cirurgião-dentista deve discernir sobre as necessidades individuais de tratamento de cada paciente, considerando certos fatores de risco que poderão influenciar nos procedimentos preventivos e/ou no tratamento curativo propostos (Gitto et al.³, 2001). Esses fatores podem ser analisados baseando-se em alguns aspectos, apresentados no Quadro 1.

QUADRO 1 – Fatores que podem influenciar no tratamento proposto.

Frequência com que o paciente visita o dentista	<input type="checkbox"/> Apenas para emergências <input type="checkbox"/> 2 vezes ao ano <input type="checkbox"/> 1 vez ao ano <input type="checkbox"/> Nunca
Condições orais presentes	<input type="checkbox"/> Dentes naturais <input type="checkbox"/> Dentes naturais + PPR <input type="checkbox"/> Edentulismo <input type="checkbox"/> Edentulismo + Prótese Total
Responsável pela higiene oral do paciente	<input type="checkbox"/> O próprio paciente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> "Cuidador"
Fatores de risco à doença periodontal	<input type="checkbox"/> Habilidade manual prejudicada <input type="checkbox"/> Comprometimento sistêmico <input type="checkbox"/> Uso de vários medicamentos
Frequência com que os dentes do paciente são escovados	<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia <input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
Frequência com que a prótese do paciente é limpa	<input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia <input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
Outras condições orais adversas	<input type="checkbox"/> Cáries <input type="checkbox"/> Xerostomia <input type="checkbox"/> Câncer bucal
Outros fatores negativos gerais presentes	<input type="checkbox"/> Debilitação sensorial <input type="checkbox"/> Falta de apoio familiar <input type="checkbox"/> Dificuldade de transporte <input type="checkbox"/> Condição financeira limitada

Adaptado de Gitto et al.³(2001).

Tratamento odontológico preventivo

Uma vez que a condição mental vai deteriorando-se progressivamente, o paciente pode tornar-se incapaz de conduzir os procedimentos de higiene oral adequadamente. Nestes casos, a educação dos familiares ou dos “cuidadores” é essencial (Casada et al.², 1991; Goodman et al.⁴, 1993; Niessen et al.⁸, 1986; Niessen et al.⁹, 1985; Nordenram et al.¹⁰, 1997), tornando-se muito importante que essas pessoas recebam um treinamento adequado para que possam compreender e estarem aptas a desenvolver o plano de tratamento preventivo proposto pelo cirurgião-dentista. Tal treinamento envolve informações sobre o correto posicionamento do paciente durante a execução dos procedimentos, técnicas de inserção, remoção e higiene de próteses, técnicas para escovação dos dentes e trei-

namento para detecção de possíveis lesões precursoras de câncer bucal. No entanto, os “cuidadores” devem apenas realizar os procedimentos de higiene oral que o paciente não for capaz.

Muitas vezes, devido à diminuída habilidade manual do paciente em remover a placa bacteriana utilizando escovas convencionais e fio dental (Henry et al.⁵, 1997; Ship¹³, 1992), torna-se necessário aumentar-se a efetividade da eliminação da placa com desenhos especiais de escovas manuais ou pelo emprego de escovas mecânicas (Park et al.¹¹, 1985).

Quando o paciente apresenta alta incidência de cárie associada à xerostomia, é importante a aplicação de flúor. Produtos em gel são mais adequados do que as soluções por apresentarem menor risco de ingestão (Gitto et al.³, 2001). Pode-se utilizar o fluoreto de sódio a 1%, aplicando-o com a

escova de dente ou em moldeira, ou, então, vernizes flouretados.

A utilização de soluções para bochechos, como a clorexidina, é útil no combate à gengivite e doença periodontal, porém, exige um controle neurofisiológico do paciente para permitir que a solução seja expelida. Nos casos em que o paciente não possua tal condição, o “cuidador” pode aplicar o produto sobre os dentes e sulco gengival com escova de dente ou cotonete (Henry et al.⁵, 1997; Kocaelli et al.⁷, 2002).

A xerostomia é uma condição relativamente comum no paciente com a doença de Alzheimer, sugerindo-se uma associação entre os distúrbios neurológicos e a disfunção salivar (Gitto et al.³, 2001; Henry et al.⁵, 1997). Estudos (Ship et al.¹⁵, 1990) têm demonstrado que a secreção salivar da glândula submandibular em pacientes com a doença de Alzheimer é significativamente menor do que em pacientes saudáveis (controle). Mudanças quantitativas e qualitativas na saliva, além de problemas funcionais, irão interferir com a retenção de próteses removíveis, principalmente próteses totais (Niessen et al.⁸, 1986). Para o paciente com xerostomia cujas glândulas salivares respondem positivamente à estimulação, é recomendada a ingestão de alimentos como cenouras cruas e cereais ou utilização de gomas de mascar sem açúcar (Gitto et al.³, 2001), o que estimulará a produção de saliva. Nos casos em que não houver função glandular residual, devem ser prescritos umidificadores orais e saliva artificial, sendo a pilocarpina, a substância mais recomendada (Gitto et al.³, 2001; Henry et al.⁵, 1997; Kocaelli et al.⁶, 2002).

Tratamento odontológico curativo

O estado físico e emocional do paciente irá determinar o plano de tratamento e o atendimento será realizado no consultório dentário ou em ambiente hospitalar (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001; Kocaelli et al.⁶, 2002; Nordenram et al.¹⁰, 1997). Caso haja dentes remanescentes, o tratamento curativo pode envolver procedimentos periodontais, endodônticos, restauradores e próteses parciais removíveis. O mais comum é a presença de edentulismo total, sendo necessária a reabilitação com prótese total.

Durante a abordagem do paciente, algumas orientações podem ser seguidas, tais como:

- O paciente deve ser tratado de uma maneira tranqüila e positiva, minimizando-se barulhos e distrações (Casada et al.², 1991). Cada consulta deve ser iniciada com instruções e

esclarecimentos ao paciente, o qual deve ser olhado nos olhos e chamado pelo nome, em um tom de voz calmo e utilizando-se de frases curtas e simples.

- O paciente deve ser posicionado sentado ou semi-reclinado, para prevenir a aspiração de fluidos, materiais ou instrumentos (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001).
- O pessoal odontológico deve ser instruído a nunca falar do paciente como se ele não estivesse presente, pois ele pode compreender bem mais do que pode expressar (Casada et al.², 1991).
- Antes de proceder-se com um novo passo do tratamento, é interessante que se faça uma demonstração visual com movimentos claros e lentos (Casada et al.², 1991; Goodman et al.⁴, 1993).
- Com a permissão do responsável legal do paciente, contenções físicas podem ser empregadas quando necessário, como abridores de boca e restritores de movimento de mãos e pernas (Gitto et al.³, 2001; Henry et al.⁵, 1997).
- Embora o paciente muitas vezes já faça uso de drogas ansiolíticas, é possível que ele não tolere mesmo consultas rápidas sem a administração de sedativos adicionais. Nestes casos, o tratamento deve ser realizado sob sedação geral, com acompanhamento direto do médico responsável, em ambiente hospitalar (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001; Kocaelli et al.⁶, 2002; Lin et al.⁷, 1999; Nordenram et al.¹⁰, 1997).
- Em procedimentos de dentística restauradora, deve ser dada preferência para materiais liberadores de flúor, como ionômeros de vidro ou ionômeros modificados por resina (Gitto et al.³, 2001). Tratamentos endodônticos são apropriados se o dente em questão for restaurável e essencial para a manutenção da função (Gitto et al.³, 2001; Niessen et al.⁹, 1985). Para pacientes que apresentam crises freqüentes, não é recomendada a utilização de próteses removíveis, pelo risco de asfixia (Gitto et al.³, 2001).
- Finalmente, o paciente deve ser confortado pela presença de uma pessoa próxima, como algum familiar ou do próprio “cuidador”, que deve permanecer na sala odontológica durante a consulta (Casada et al.², 1991; Gitto et al.³, 2001; Goodman et al.⁴, 1993; Henry et al.⁵, 1997; Niessen et al.⁹, 1985; Nordenram et al.¹⁰, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A grande arma no enfrentamento da doença de Alzheimer é a informação aliada à solidariedade. À medida que os familiares e/ou “cuidadores” conhecem melhor a doença e sua provável evolução, vários recursos e estratégias podem ser utilizadas com sucesso no tratamento.

O papel do cirurgião-dentista no tratamento do paciente é o de preservar uma função oral saudável e minimizar a progressão de doenças orais, assim como procurar manter ao máximo o conforto e a dignidade do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alzheimer's Disease International. United Kingdom: 2002. [Acesso em 20 out. 2002]. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/alzheimers>
2. Casada JP, Casada DB. Dental care of a patient with Alzheimer's disease. A case report. *Texas Dent J*. 1991;108(16):9-11.
3. Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmay GT, Sandu S The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*. 2001;32(3):221-31.
4. Goodman S, Ickrath MC, Niessen, LC. Managing patients with Alzheimer's: The primary care role of dentists. *J Am Dent Assoc*. 1993;124:75-9.
5. Henry RG, Welkstein DR. Providing dental care for patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Dent Clin North Am*. 1997;41(4):915-44.
6. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic LI, Sobas H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;93(5):521-4.
7. Lin CY, Jones DB, Godwin K, Godwin RK, Knebe, JA, Niessen L. Oral health assessment by nursing staff of Alzheimer's patients in a long-term-care facility. *Spec Care Dentist* 1999; 19(2):64-71.
8. Niessen LC, Jones JA. Alzheimer's disease: a guide for dental professionals. *Spec Care Dentist*. 1986; 6(1):6-12.
9. Niessen LC, Jones JA, Zocchi M, Gurian B. Dental care for the patient with Alzheimer's disease. *J Am Dent Assoc*. 1985;110(2):207-9.
10. Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Ericsson K, Winblad B. Dental management of Alzheimer patients. A predictive test of dental cooperation in individualized treatment planning. *Acta Odontol Scand*. 1997;55(3):148-54.
11. Park KK, Matis BA, Christen AG. Choosing an effective toothbrush. *Clin Prev Dent*. 1985;7(4): 5-9.
12. Saxe SR, Wekstein MW, Kryscio RJ, Henry RG, Cornett CR, Snowdon DA et al. Alzheimer's disease, dental amalgam and mercury. *J Am Dent Assoc*. 1999;130:191-9.
13. Ship JA. Oral health of patients with Alzheimer Disease. *J Am Dent Assoc*. 1992;123(1): 53-8.
14. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(1):57-63.
15. Ship JA, DeCarli C, Friedland RP, Baum BJ. Diminished submandibular salivary flow in dementia of the Alzheimer type. *J Gerontol*. 1990;45(2): 61-6.
16. Small GW. The pathogenesis of Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 (suppl. 9):7-14.
17. Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, Dekosky ST, Ferris SH et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders. *JAMA*. 1997;278(16):1363-71.

Recebido para publicação em: 22/08/2005; aceito em: 13/03/2006.

Endereço para correspondência:

FABIANA MANSUR VARJÃO
 Depto. de Materiais Odontológicos e Prótese
 Rua Humaitá, 1680 – Centro
 CEP 14801-903, Araraquara, SP Brasil
 Fones: (16) 3301-6406 / (16) 9713-3391 / (16) 3331-7439
 E-mail: fabimansur@bol.com.br / fabianamansur@uol.com.br