

## ABORDAGEM DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DE UM PACIENTE COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

*DENTIST'S APPROACH TO A PATIENT WITH ALZHEIMER'S DISEASE*

**Mariah B. S. de Oliveira<sup>1</sup>; Mônica M. Labuto<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Discente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO. <sup>2</sup>Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO, Especialista em Programa de Saúde da Família, Especialista em Processos de Mudanças em Serviços de Saúde, Especialista em Docência Superior, Preceptora da IETC e Clínica Integrada ao SUS.

### RESUMO

Com o envelhecimento da população mundial, espera-se um aumento da prevalência de patologias ligadas a idade como as cardiopatias, artrites, nefropatias e doenças neurológicas. Dentre as doenças neurológicas, a demência e a Doença de Alzheimer (DA) apresentam prevalência significativa nessa população. A Doença de Alzheimer tem um estágio rápido de avanço. Atinge pelo menos 40% da população acima de 85 anos, acometendo um maior número de mulheres e negros. Na fase inicial tem como característica a perda de memória recente, como esquecimentos do dia a dia, dificuldade no aprendizado e na retenção de novas informações, assim como dificuldades na fala e locomoção e até a higiene pessoal fica comprometida. O presente estudo será desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa por pretender relatar a importância da conduta do cirurgião-dentista frente ao atendimento ao paciente com a Doença de Alzheimer (DA). O paciente já começa a perder o seu ritmo de sono, podendo haver delírios e alucinações, perda de coordenação motora e verbais. Na fase inicial o cirurgião-dentista realizará um tratamento odontológico e planejamento preventivo, pois com a evolução da doença inicia-se a dificuldade de ir ao consultório. É importante ressaltar que o treinamento de cuidadores e familiares são de extrema importância nesta fase. O cirurgião-dentista deve ter conhecimento prévio dos diferentes estágios da Doença de Alzheimer (DA) e suas principais características para direcionar a atenção em saúde bucal.

**Descritores:** Pacientes com Necessidades Especiais; Paciente com Doença de Alzheimer; Cuidado odontológico.

### ABSTRACT

With the aging of the world population, it is expected an increase in the prevalence of pathologies linked to age such as heart disease, arthritis, kidney disease and neurological diseases. Among neurological diseases, dementia and Alzheimer's disease (AD) have a significant prevalence in this population. Alzheimer's disease (AD) has a rapid stage of advancement. It affects at least 40% of the population over 85 years, affecting a greater number of women and blacks. In the initial phase, recent memory loss is a characteristic, such as forgetfulness of everyday life, difficulty in learning and retaining new information, as well as difficulties in speech and movement and even personal hygiene is compromised. The present study will be developed from a qualitative approach of the type integrative review because it intends to report the importance of the dentist's conduct towards the care of patients with Alzheimer's Disease (AD). The patient already begins to lose his sleep rhythm, and there may be delusions and hallucinations, loss of motor and verbal coordination. In the initial phase, the dentist will perform dental treatment and preventive planning, as the disease progresses to the difficulty of going to the office. It is important to emphasize that the training of caregivers and family members is extremely important at this stage. The dentist must have prior knowledge of the different stages of Alzheimer's Disease (AD) and its main characteristics to direct oral health care.

**Keywords:** Patients with Special Needs; Alzheimer's disease patient; Dental care.

### INTRODUÇÃO

Segundo dados do Ministério da Saúde, no século XX, o Brasil experimentou acentuadas mudanças na estrutura da população e no padrão de morbimortalidade. A partir da segunda metade do século, a constante queda da taxa de natalidade, mais volumosa que a verificada nas taxas de mortalidade, tem provocado grande diminuição nas taxas de crescimento populacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Simultaneamente, verifica-se um aumento da expectativa de vida ao nascer, que passa de 45,9 anos em 1950 para 68,1 anos em 2004, retratando o processo de envelhecimento da população que temos atualmente, com sucessivos aumentos significativos das populações de idosos no nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com o envelhecimento da população mundial, espera-se um aumento da prevalência de patologias ligadas: a idade como as cardiopatias, artrites, nefropatias,

doenças neurológicas entre outras. Dentre as doenças neurológicas, a demência e o Alzheimer apresentam prevalência significativa nessa população (SILVA *et al.*, 2005).

A Doença de Alzheimer (DA), caracterizada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1906, é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. Em geral, a DA de acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar (SMITH, 1999).

A Doença de Alzheimer (DA) tem um estágio rápido de avanço, desde a descoberta que pode variar de cinco a dez anos até o seu estágio terminal. Atinge pelo menos 40% da população acima de oitenta e cinco anos de idade, acometendo maiores números de mulheres e negros (MIRANDA *et al.*, 2011).

À medida que a expectativa de vida se torna mais

elevada, especialmente em países desenvolvidos, tem-se observado um aumento da prevalência da Doença de Alzheimer (DA) (SMITH, 1999).

O quadro clínico dessa doença inicia-se com a dificuldade de se lembrar de pequenas coisas como seu próprio nome, número de telefone, do seu próprio endereço (MIRANDA *et al.*, 2011).

Nos dias atuais, a definição de qualidade de vida mais divulgada e conhecida é a do grupo da OMS, que a define como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHO, 1995).

Os princípios de um envelhecimento com qualidade de vida, descrevem o idoso como proativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvidos na manutenção do bem-estar. Este modelo compreende desde a satisfação com a vida a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (SOUSA; GALANTE; FIGUEIREDO, 2003).

O déficit cognitivo que é causado pela Doença de Alzheimer (DA) ocasiona sentimento de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva para o futuro. Os processos mórbidos degenerativos aceleram a decadência psíquica e funcional, comprometendo a qualidade de vida. A falta de memória dificulta a aproximação das pessoas em suas relações afetivas, sociais e familiares. Sem a lembrança de fatos, lugares e pessoas, o idoso apresenta dificuldades de interação com o ambiente, perde autonomia para cuidar de si, planejar e executar tarefas que permitem a adaptação psicossocial e a responsabilidade pelas próprias ações (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

Muitas vezes os portadores da Doença de Alzheimer (DA), acreditam que o esquecimento pode ser causado por algum “*stress*”, cansaço do dia a dia, mais com o convívio e com a evolução da doença, vai ficando claro que não é apenas um esquecimento normal, até por que a doença não consegue superar as dificuldades na sua rotina diária (VARELLIS, 2017).

Com tudo isso, torna-se um grande sofrimento para a família e todos que estão envolvidos. Geralmente é nessa fase que o paciente procura ajuda médica, queixando-se de perda de memória, mas na maioria dos casos os pacientes nem sempre procuram ajuda médica no estágio inicial da doença, e sim quando a doença está mais avançada e com a ajuda de algum ente querido (VARELLIS, 2017).

A Doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência que não há cura, e o convívio com esta doença se torna cada vez mais difícil, onde há o seu início, meio e fim. No fim o paciente já começa a perder o seu ritmo de sono, podendo aparecer delírios e alucinações, onde também eles perdem a coordenação motora e verbal

(SILVA *et al.*, 2005).

Esse tipo de paciente sofre de muita solidão, eles se isolam no seu mundo de esquecimentos, não há mais diálogo. Com isso a família tenta de tudo, para animar e estimular o idoso a ter uma vida social mesmo dentro de suas limitações, mas é muito difícil e sofrido ver que não existem mais esperanças, não há uma melhora, então a alternativa é cuidar do idoso, com todo zelo e carinho, com cuidados diários como colocá-lo no sol para receber vitaminas e respirar ar puro e tirá-lo do sol e o acolher dentro de casa com carinho. Cuidar da sua higiene pessoal, como banhos, cortar unhas, manter os cabelos limpos e cortados, cuidar da higiene oral, escovando os dentes ou próteses dentárias, a língua e observar a mucosa, atento a qualquer alteração. É de extrema importância cuidar também da alimentação do idoso, mantendo uma dieta adequada. E ter o controle dos horários de medicações, levando o idoso a consultas médicas e odontológicas regulares (VARELLIS, 2017).

O tratamento odontológico para esse tipo de paciente pode ocorrer na fase inicial, onde o cirurgião-dentista realizará um planejamento preventivo, pois com a evolução da doença inicia-se a dificuldade do idoso a ida ao consultório, podendo causar o aparecimento de algumas doenças bucais como: cáries e doenças periodontais (SILVA *et al.*, 2005).

O planejamento do tratamento e a preservação das condições clínicas devem se antecipar a futuros problemas de saúde bucal nesses pacientes. É importante ressaltar que o treinamento de cuidadores e familiares são de extrema importância nessa fase (MIRANDA *et al.*, 2011).

O cirurgião-dentista deve ter o conhecimento prévio dos diferentes estágios da Doença de Alzheimer (DA) e suas principais características para direcionar a atenção em saúde bucal de forma individualizada aos seus pacientes, a participação dos cuidadores, familiares, além da equipe de saúde é fundamental (MIRANDA *et al.*, 2011).

## OBJETIVOS

### Objetivo primário

Conhecer e discutir as diferenças clínicas da evolução da Doença de Alzheimer (DA).

### Objetivo secundário

Relacionar as diferenças clínicas da evolução da Doença de Alzheimer (DA) com a importância e as possibilidades de atuação do cirurgião-dentista.

## REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), na segunda metade do século, ocorreu uma constante queda da taxa de natalidade, relacionada com a taxa de mortalidade provocando diminuição no crescimento populacional. Concomitantemente, houve um aumento da expectativa de vida ao nascer, onde espera-se um aumento da prevalência de patologias ligadas: a idade como as cardiopatias, artri-

tes, nefropatias, e doenças neurológicas, como a demência e o Alzheimer.

### 1. Histórico da Doença de Alzheimer (DA)

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por um início gradual, insidiosa e irreversível de doenças neurodegenerativas, foi mencionada pela primeira vez em 1906 pelo patologista alemão Alois Alzheimer, que descreveu a doença como uma desordem progressiva do sistema nervoso central causando lesões características no cérebro e perda difusa de neurônios no hipocampo e no neocórtex (BONILLA, 2011).

**Figura 1** – Alois Alzheimer



Fonte: <https://healamed.com/disease/alzheimer-s/313-what-is-alzheimer-s-disease.html>

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada como uma doença onde ocorre uma diminuição das atividades mentais em especial da memória. O risco de contrair Alzheimer aumenta com a idade, acredita-se que afeta aproximadamente 4% das pessoas com idade entre 65 e 75 anos, 10% naquelas entre 75 e 85 anos e 17% em todas as pessoas com mais de 85 anos (ENGELHARDT; LAKS; MARINHO, 1997).

**Figura 2** – Atividades mentais

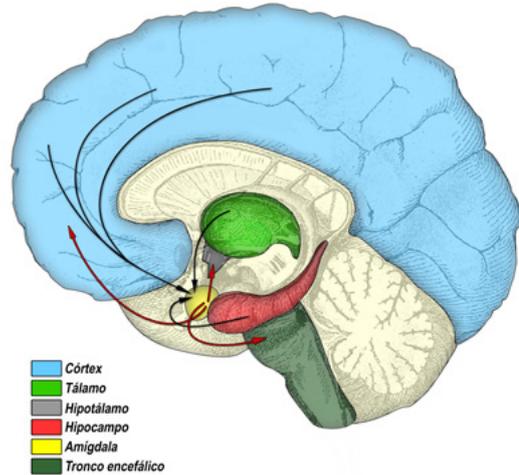


Fonte: <https://osegredo.com.br/tag/atividades-mentais/>

A Doença de Alzheimer (DA) afeta a formação hipocampal, o centro de memória de curto prazo, com posterior comprometimento de áreas corticais associativas.

Além de comprometer a memória, ela interfere na orientação, na atenção, na linguagem, na capacidade para resolver eventuais problemas e nas habilidades para desempenhar as atividades do cotidiano, tornando o paciente portador da doença, dependente dos cuidados de outras pessoas, principalmente, dos familiares (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

**Figura 3** - Hipocampo



Fonte: Google.

Santiago; Simões; Pereira (2008) identificam a natureza progressiva da deterioração cognitiva em 7 fases, mas faz a observação que esses aspectos podem variar de pessoa para pessoa:

- Fase 1 – Nenhum declínio cognitivo, função intelectual aparentemente intacta. Supõe-se a existência de processos patológicos que se desenvolvem no sistema nervoso central.
- Fase 2 – Declínio cognitivo muito suave, no qual o paciente começa a esquecer-se da posição de objetos comuns, mas tem a capacidade de os encontrar.
- Fase 3 – Declínio cognitivo suave, com dificuldade para recordar nomes, e incapacidade para planejar e organizar atividades.
- Fase 4 – Declínio cognitivo moderado, com perda da memória a curto prazo, com esquecimento de, por exemplo, datas de eventos, e a capacidade para sociabilização é perdida. Incapacidade de dar informação pessoal ou médica. Ainda com alguma capacidade de promover cuidados pessoais.
- Fase 5 – Declínio cognitivo moderado a severo. Incapacidade para responder corretamente e reconhecer e manusear objetos. Necessidade de auxílio em atividades diárias, como a higiene oral, e alimentação.
- Fase 6 – Declínio cognitivo severo, com deterioração de comunicação, e incontinência urinária e fecal.
- Fase 7 – Declínio cognitivo muito severo, com incapacidade para os cuidados pessoais, discurso ausente ou incompreensível e deglutição comprometida.

**Figura 4 – Fases da demência**


Fonte: <https://www.selecoes.com.br/saude/conheca-os-tipos-de-demencia-e-seus-principais-sintomas/>

### Etiologia da Doença de Alzheimer (DA)

A etiologia da demência é complexa e pode estar associado a fatores como idade, história familiar, doença vascular cerebral, deficiência imunológica, distúrbios metabólicos, fatores genéticos, traumatismos cranianos, tumores, infecções e fatores que comprometem a qualidade de vida de nutrição (drogas, hipertensão, tabagismo e consumo de álcool) (GOIATO *et al.*, 2006).

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por falhas na memória, aprendizagem e linguagem que podem se agravar pelo avanço da doença. O diagnóstico é considerado provável quando há evidência de alterações genéticas e, possível, quando não há tal evidência, mas a perda das funções cognitivas ocorre de forma progressiva e há ausência de outras etiologias. Há quatro critérios diagnósticos para a definição da doença: a presença da síndrome de transtornos neurocognitivos; o surgimento lento, porém gradual de falhas nas funções cognitivas; a classificação em possível ou provável; e a ausência de doença cerebrovascular ou neurodegenerativa e ausência de algum tipo de transtorno, seja neurológico, sistêmico ou mental (BREMENKAMP *et al.*, 2014).

**Figura 5 – Perda de memória gradativa**


Fonte: <https://www.noticiasao minuto.com/lifestyle/1424804/afinal-o-que-e-a-demencia-descubra-os-quatro-tipos-mais-comuns>

Não há cura para a Doença de Alzheimer (DA), mas os tratamentos farmacológicos e a reabilitação neurocognitiva podem retardar e/ou estagnar temporariamente o avanço da doença (SILVA *et al.*, 2005).

Sinais e sintomas da Doença de Alzheimer (DA)

As manifestações neuropsiquiátricas, também denominadas sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), se definem por um conjunto de sintomas e sinais relacionados a transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento. Ocorrem em 80-90% dos pacientes durante o curso da demência e variam de acordo com a gravidade e o subtipo da doença, afetando regiões específicas do cérebro (CARAMELLI; BOTTINO, 2007).

Doze são os sintomas comportamentais descritos, sendo que, devido à ocorrência conjunta dos distúrbios, um consórcio europeu os agrupou em quatro sub-síndromes: hiperatividade (agitação, euforia, desinibição, irritabilidade e comportamento motor aberrante); psicose (alucinação, delírios e distúrbios do sono); sintomas afetivos (depressão e ansiedade); e, apatia (apatia e distúrbio da alimentação) (AALTEN *et al.*, 2007).

O maior dos sintomas geralmente consiste de um problema forte lembrando fatos e acontecimentos, inconsistências na língua, e disfasia. Depois, há uma perda gradual e progressiva da memória e outras atividades cognitivas que terminam na incapacidade de reconhecer a família ou amigos e difícil de realizar tarefas tão simples como pentear os cabelos. Também ocorre uma deterioração geral das habilidades motoras, desorientação e alterações comportamentais que podem levar a atitudes inapropriadas e rudes. Pode ocorrer nesses pacientes, o aparecimento nas mudanças mesmo tempo personalidade, delírios, alterações repentinas de humor, depressão e problemas comportamentais (CORRÊA, 1996).

**Figura 6 – Sinais e sintomas**


Fonte: <https://www.tuasaude.com/alzheimer-precoce/>

### Saúde oral dos pacientes com Alzheimer

A saúde oral está interligada a saúde geral e o bem-estar de cada pessoa. Os indivíduos com necessidades especiais de cuidados de saúde possuem risco aumentado para doenças orais, devido às suas condições. Os pacientes com incapacidades mentais, de desenvolvimento, ou físicas, que não apresentam nenhuma compreensão nem responsabilidade para cooperar com as práticas preventivas

da saúde oral, como na Doença de Alzheimer (DA), são um exemplo. Ao longo da progressão do processo de demência, o paciente demonstra a perda progressiva das capacidades de higiene oral apropriada. Esta situação deve-se a capacidade motora e funções cognitivas diminuídas. Devido a este processo evolutivo da doença, é essencial investigar as consequências da Doença de Alzheimer (DA) na saúde oral, de uma forma direta ou indireta, de modo a que estes pacientes possam ser submetidos à profilaxia ou tratamentos adequados, e também para que se torne possível o aconselhamento dos prestadores de cuidados para evitarem complicações futuras (FREIRE *et al.*, 2011).

**Figura 7 – Saúde oral**



Fonte: <https://drauziovarella.uol.com.br/cancer/cancer-de-garganta-tem-relacao-com-sexo-oral/>

### **Tratamento da Doença de Alzheimer (DA)**

Não há nenhuma terapia eficaz para curar ou estabilizar a progressão da doença. Consequentemente, os objetivos do tratamento são dirigidos para promover a qualidade de vida do paciente e respectiva família. Uma colaboração multidisciplinar e uma continuidade de prestação de cuidados são necessárias. Os cirurgiões-dentistas são, juntamente com outros profissionais, tais como neurologistas, enfermeiras, fisioterapeutas e psiquiatras, desempenhando um papel importante para a saúde em todas as fases da Doença de Alzheimer (SANTIAGO; SIMÕES; PEREIRA, 2008).

### **Cuidadores que auxiliam os pacientes com Alzheimer**

A assistência deve servir como modelo a ser seguido por familiares, amigos e outros cuidadores, a humanização deve estar presente em todas as atividades realizadas, havendo um olhar de compreensão e respeito com os pacientes. À medida que a Doença de Alzheimer (DA) progride, surge a preocupação por cuidados especiais, essa função de extrema importância é desempenhada pelos cuidadores. Aproximadamente 80% dos cuidados com os pacientes com Alzheimer são providos por membros da família (HALEY, 1997).

O trabalho em conjunto com paciente, família e toda equipe de saúde deve resultar na melhoria da capacidade do autocuidado, no aumento da autoestima e na motivação para aprender nas sessões seguintes ou futuras (BRUNNER; SMELTZER; BARE, 2005).

Cabe ainda aos profissionais da saúde repassar aos familiares e cuidadores informais orientações e esclarecimentos, sem perder o amor e a ternura, os quais possam minimizar o medo e preocupações e criar laços entre todos os envolvidos (BRUNNER; SMELTZER; BARE, 2005).

Dessa forma, isso irá trazer conforto e tranquilidade para aquele que receberá ajuda, pois se sentirá seguro e, quanto maior for o grau de empatia, melhor será a resposta de um paciente com sequelas neurológicas. O cuidador é o pilar do idoso e, assim, sua segurança e sua tranquilidade vão depender da compreensão que o cuidador lhe transmite (BRUNNER; SMELTZER; BARE, 2005; CALDAS, 2006).

Segundo Grafstrom *et al.* (1992), o cuidador é quem dá suporte físico e psicológico, fornecendo ajuda prática, se necessário.

Petrilli (1997) define cuidador como a pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente, normalmente a esposa, um dos filhos ou outro parente, ou, ainda, uma pessoa contratada para a função. O cuidador geralmente é escolhido dentro do círculo familiar, e, muitas vezes, a tarefa é assumida de maneira inesperada, sendo ele conduzido a uma sobrecarga emocional (TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004).

Os familiares prestadores de cuidados devem ser educados quanto à evolução da doença, isto é, ensinando-lhes que a deterioração é inevitável apesar dos esforços mais heroicos de um prestador de cuidados. Será necessário um esforço terapêutico contínuo, e sem intervalos de interrupção. Os esforços devem então ser direcionados para eliminar a incapacidade excessiva, para conseguir tanta qualidade de vida quanto possível, com interação social, maximizando sentimentos de segurança do paciente e mantendo a dignidade até o fim (SANTIAGO; SIMÕES; PEREIRA, 2008).

**Figura 8 – Cuidados ao idoso**



Fonte: <https://portalplena.com/vamos-discutir/doenca-de-alzheimer-e-disfagia-saiba-mais-sobre-as-alteracoes-na-degluticao-dos-pacientes-com-da/>

**Figura 9 – Cuidados ao idoso**


Fonte: <https://www.saudeoral.pt/medicos-dentistas/doenca-periodontal-pode-piorar-declinio-cognitivo-em-pacientes-com-alzheimer/>

### Tratamento odontológico

Os pacientes com DA são mais susceptíveis a uma variedade de problemas de saúde oral, como já referido acima. Efetivamente, com a progressão da doença é possível identificar a deterioração da função oral. Neste ponto de vista, a maioria de pacientes com DA podem e devem ser acompanhados em consultas odontológicas, com a ajuda dos prestadores de cuidados. Frequentemente, a informação fornecida por estes últimos, antes da consulta do paciente pode ser extremamente útil na preparação da mesma (NORDENRAM *et al.*, 1996).

Durante o tratamento odontológico existe alguns aspectos que devem ser considerados e são recomendados para o tratamento das pessoas com necessidades especiais (SANTIAGO *et al.*, 2008):

- Deve ser feito um esforço por parte do CD para comunicar diretamente com o paciente.
- Deve reforçar a necessidade do uso diariamente de dentífrício fluoretado para ajudar a prevenção da cárie, bem como a necessidade da escovação e o uso do fio dental diariamente para impedir a progressão da doença periodontal.
- Esses pacientes portadores de necessidades especiais em relação a saúde oral, podem beneficiar da aplicação de flúor tópico (por exemplo, géis, colutórios ou verniz fluoretado, com aplicação profissional durante a profilaxia) quando o risco de cárie é aumentado.
- Há também os tratamentos restauradores alternativos, com materiais tais como o ionômero de vidro que libera o flúor.
- Em situações com gengivites e periodontites são úteis e recomendados colutórios com clorexidina. Em casos em que o paciente possa deglutir o colutório, o mais recomendado seria a clorexidina em forma de gel que pode ser aplicada usando escova dentária.
- O CD deve encorajar o paciente para uma dieta não cariogênica e rever os efeitos secundários das medicações, tais como xerostomia ou hiperplasia gengival. Na DA a utilização de antidepressivos, antipsicóticos e calmantes são os principais responsáveis

pela xerostomia, e com isso podem surgir alterações das mucosas com sintomatologia dolorosa e ardor, associadas a dificuldades na mastigação, deglutição, paladar, fala e dor na língua.

- Essas alterações podem provocar em pacientes com a DA alterações na sua dieta, má nutrição e um grande desconforto, principalmente aqueles que usam próteses totais.
- As escovas de dentes elétricas são mais indicadas para estes pacientes. A avaliação e os tratamentos odontológicos devem ser avaliados de forma regular, pois a maioria destes pacientes perdem a capacidade de realizar a higiene oral e com isso vem o desconforto.

Não existe nenhuma terapia eficaz para curar ou estabilizar a progressão da doença. São realizadas ações para promover a qualidade de vida do paciente e da família. Uma colaboração multidisciplinar e uma continuidade de cuidados são necessárias (FAHISZEWSKI, 1987).

Os dentistas são, juntamente com outros profissionais, tais como neurologistas, enfermeiras, fisioterapeutas e psiquiatras, profissionais que estão desempenhando um papel importante para a saúde em todas as fases da Doença de Alzheimer (DA) (FAHISZEWSKI, 1987).

### DISCUSSÃO

Smith (1999) relatou que a Doença de Alzheimer (DA) foi nomeada pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1906, e definiu que é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. Acomete tardiamente, por volta dos 60 anos de idade, podendo ter acometimento precoce aos 40 anos. Já Silva *et al.*, (2005) comentam que a Doença de Alzheimer (DA) é um tipo de demência que não há cura, e o convívio se torna cada vez mais difícil, onde no fim o paciente começa a perder seu ritmo de sono, aparece delírios e alucinações, e perdem a coordenação motora e verbal.

Bonilla (2011) descreveu a doença como uma desordem progressiva do sistema nervoso central causando lesões características no cérebro e perda difusa de neurônios no hipocampo e no neocórtex. Em contrapartida, Engelhardt *et al.* (1997) caracterizam a Doença de Alzheimer (DA) como uma doença onde ocorre uma diminuição das atividades mentais em especial da memória.

Segundo Miranda *et al.*, (2011) a Doença de Alzheimer (DA) tem um estágio rápido de avanço, desde a descoberta que pode variar de cinco a dez anos até o seu estágio terminal. Complementando, Santiago; Simões; Pereira (2008), identificam a natureza progressiva da deterioração cognitiva em 7 fases: fase 1 – função intelectual aparentemente intacta; fase 2 – o paciente começa a esquecer-se da posição de objetos comuns; fase 3 – dificuldade para recordar nomes, incapacidade para planejar e organizar atividades; fase 4 – perda da memória a curto prazo; fase 5 – incapacidade para responder corretamente

e reconhecer e manusear objetos; fase 6 – deterioração de comunicação, incontinência urinária e fecal; fase 7 – incapacidade para os cuidados pessoais, discurso ausente ou incompreensível e deglutição comprometida.

Goiato *et al.* (2006) descreveram que a etiologia da demência é complexa e pode estar associado a fatores como idade, história familiar, doença vascular cerebral, deficiência imunológica, distúrbios metabólicos, fatores genéticos, traumatismos cranianos, tumores, infecções e fatores que comprometem a qualidade de vida de nutrição. Além disso, Bremenkamp *et al.* (2014), determinaram que o diagnóstico é considerado provável quando há evidência de alterações genéticas e, quando não há tal evidência, a perda das funções cognitivas ocorre de forma progressiva e há ausência de outras etiologias.

Caramelli; Bottino (2007) definiram as manifestações neuropsiquiátricas, ou sintomas comportamentais e psicológicos da demência por um conjunto de sintomas e sinais relacionados a transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento. Em contrapartida, Aalten *et al.* (2007) descreveram doze sintomas comportamentais, e agrupou em quatro sub síndromes: hiperatividade, psicose, sintomas afetivos e apatia.

Não se pode distinguir a saúde oral da saúde geral e o bem-estar de cada indivíduo. Os pacientes com necessidades especiais possuem risco aumentado para doenças orais, devido as suas condições. No decorrer da demência, o paciente demonstra perda progressiva da capacidade de higiene oral apropriada, devido a capacidade motora e funções cognitivas diminuídas. É importante a investigação da saúde oral de modo a que estes pacientes possam ser submetidos à profilaxia ou tratamentos adequados, para evitar complicações futuras (FREIRE *et al.*, 2011).

Silva *et al.* (2005), disseram que o tratamento odontológico para esse tipo de paciente pode ocorrer na fase inicial, onde o cirurgião-dentista realiza um plano de tratamento preventivo, pois a evolução da doença inicia-se com a dificuldade do idoso na ida ao consultório, podendo causar o aparecimento de algumas doenças bucais.

Santiago; Simões; Pereira (2008), descreveram que não há nenhuma terapia eficaz para curar ou estabilizar a progressão da doença. Contudo os objetivos são dirigidos para promover a qualidade de vida do paciente e da respectiva família. É necessário a colaboração multidisciplinar no cuidado. Concordando com Silva *et al.* (2005) que determinam em seu artigo que não há cura para a Doença de Alzheimer (DA), mas os tratamentos farmacológicos e a reabilitação neurocognitiva podem retardar e/ou estagnar o avanço da doença.

Haley (1997) relatou que na progressão da Doença de Alzheimer (DA) surge a preocupação por cuidados especiais e essa função de extrema importância é desempenhada pelos cuidadores, esses cuidadores em número de 80% são membros da família. De acordo com Bruner; Smeltzer; Bare (2005), o trabalho em conjunto com paciente, família e toda equipe de saúde deve resultar na melhoria da capacidade do autocuidado, no aumento da autoestima e na motivação, onde são repassadas as orien-

tações e esclarecimentos aos familiares e cuidadores.

Caldas (2006) definiu cuidador como o pilar do idoso e, conseqüentemente, sua segurança e sua tranquilidade vão depender da sua compreensão. Complementando Grafstrom *et al.* (1992), descreveram o cuidador como quem dá suporte físico e psicológico, fornecendo ajuda prática, se necessário. Já Petrilli (1997) define cuidador como a pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente, normalmente a esposa, um dos filhos ou parente e uma pessoa contratada para a função. Além disso, Taub; Andreoli; Bertolucci (2004) disseram que o cuidador geralmente é escolhido dentro da família e a tarefa é assumida de maneira inesperada, acarretando uma sobrecarga emocional.

Os pacientes com DA são mais susceptíveis a uma variedade de problemas de saúde oral. Com a progressão da doença é possível identificar a deterioração da função oral. Neste enfoque, os pacientes podem e devem ser acompanhados em consultas odontológicas, com a ajuda dos cuidadores segundo Nordenram *et al.* (1996). Em contrapartida, Miranda *et al.* (2011), demonstraram que o cirurgião-dentista deve ter o conhecimento prévio dos diferentes estágios da Doença de Alzheimer (DA) e suas principais características para a atenção em saúde bucal e a participação dos cuidadores, além da equipe de saúde é fundamental.

## CONCLUSÃO

De acordo com o IBGE, houve muitas mudanças na estrutura da população. A constante queda da taxa de natalidade, provocou diminuição nas taxas de crescimento populacional. Simultaneamente, verificou-se um aumento da expectativa de vida, retratando o processo de envelhecimento com aumento da população idosa. E com isso,

aumento da prevalência de patologias associadas a idade como as cardiopatias, artrites, nefropatias e doenças neurológicas. Em relação as doenças neurológicas temos a demência e o Alzheimer.

A saúde oral está interligada a saúde geral e ao bem-estar de cada pessoa. Os indivíduos com Doença de Alzheimer (DA) possuem risco aumentado para doenças orais, devido as suas condições, pois não apresentam nenhuma compreensão nem responsabilidade para cooperar com as práticas preventivas da saúde oral. Necessitando de uma colaboração multidisciplinar e continuidade de cuidados por familiares, amigos e outros cuidadores. Essa função de extrema importância é desempenhada e motivada pelos cuidadores na melhoria da capacidade do autocuidado, no aumento da autoestima.

É de extrema importância o papel do cuidador, pois este, é quem dá o suporte físico e psicológico, fornecendo ajuda prática, para conseguir a qualidade de vida estimulando a interação social, mantendo a integridade física, segurança e a dignidade até o fim.

## REFERÊNCIAS

1. AALTEN, P.; VERHEY, F. R.; BOZIKI, M.; BULLOCK, R.; BYRNE, E. J.; CAMUS, V. *et al.* Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer's Disease Consortium: part I. **Dement Geriatr Cogn Disord**, v. 24, n. 6, p. 457-63, 2007.
2. ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia **Rev. Psiq. Clín.** v.32, n.3, p. 131-136, 2005.
3. BONILLA, J. G. Manejo Odontológico del paciente Adulto Mayor con Alzheimer. Protocolo Dental en pacientes con Alzheimer. **Revista Científica Odontológica**, v.7, n.1, p. 41-45, 2011.
4. BREMENKAMP, M. G. *et al.* Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 4, p. 763-773, 2014.
5. BRUNNER, L. S.; S., D. S.; SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
6. CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. IN: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
7. CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 2, p. 83-7, 2007.
8. CORRÊA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. In: Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer, 1996.
9. ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; MARINHO, V. Aspectos neurológicos e neuropsiquiátricos das demências degenerativas não-Alzheimer. **Rev. Bras. Neurol.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 31-37, 1997.
10. FAHISZEWSKI, K. J. Caring for the Alzheimer's patient. **Gerodontology**, v.6, n. 2, p. 53-8, 1987.
11. FREIRE, A. L. A. S. S. **Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local**. Orientador: MAGALHÃES, R. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 254 f.
12. GOIATO, M. C. *et al.* Odontogeriatrics and the Disease of Alzheimer. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 6, n. 2, p. 207-212, 2006.
13. GRAFSTROM, M. *et al.* Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study. **Journal Clinical of Epidemiology**, v. 45, n. 8, p. 861-870, 1992.
14. HALEY, W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 48, n. 5, p. 25-29, 1997.
15. LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica nº 19 (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. MIRANDA, A. F. *et al.* Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. **Revista Portal de Divulgação**, n. 6, p. 6-14, 2011. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>
18. NORDENRAM, G. *et al.* Alzheimer's disease, oral function and nutritional status. **Gerodontology**, v. 13, n. 1, p. 9-16, 1996.
19. PETRILLI, L. A. G. C. Orientação da família do doente de Alzheimer: pontos de consenso. **Sobre Comportamento e Cognição**, n. 3, p. 216-225, 1997.
20. SANTIAGO, E.; SIMÕES, R. J. P.; PEREIRA, J. A. L. A saúde oral na doença de Alzheimer. **Arquivos de Medicina**, v. 22, n. 6, p. 189-193, 2008.
21. SILVA, E. M. M. *et al.* Mudanças fisiológicas e psicológicas na velhice relevantes no tratamento odontológico. **Revista Ciência em Extensão**, v. 2, n. 1, p. 62-74, 2005.
22. SMITH, M. A. C. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 2, p. 03-07, 1999.
23. SOUSA, L.; GALANTE, H.; FIGUEIREDO, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.3, p. 364-71, 2003.
24. TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H.: azilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 372-376, 2004.
25. VARELLIS, M. L. Z. **O paciente com necessidades especiais na odontologia – Manual Prático**. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, c. 7, p. 87-89, 2017.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, n.10, p. 1403-9, 1995.