

Textos sobre Envelhecimento

versão impressa ISSN 1517-5928

Textos Envelhecimento v.6 n.1 Rio de Janeiro 2003

ARTIGOS/ARTICLES

Saúde bucal em portadores de Doença de Alzheimer e em seus cuidadores

Oral health in Alzheimer Disease patients and caregivers

Juliana Balbinot Hilgert¹

Daniel Bertuzzi²

Fernando Neves Hugo³

Dalva Maria Pereira Padilha⁴

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva e irreversível. O envolvimento da família/cuidadores é um componente chave no tratamento contínuo do paciente com demência. E, apesar de o cuidador do portador não ser o paciente primário, deve-se atentar também para as suas necessidades. O objetivo deste artigo é revisar aspectos relevantes da saúde bucal de portadores de DA e seus cuidadores. Dados da literatura descrevem, em portadores de DA, uma pobre higiene bucal e o aumento da prevalência de doenças bucais. Isso se deve à inaptidão em executar a higiene bucal. Nos pacientes com DA, existem cinco itens críticos nos cuidados de saúde bucal: sintomas; exame bucal; abordagem; papel do cuidador frente à saúde bucal; e papel do Cirurgião-Dentista frente à saúde bucal do portador de DA. Quando se pensa no sofrimento produzido pelo ato de cuidar de um portador de demência e na associação deste com alterações significativas do sistema imune, pode-se pensar nas repercussões sobre a higiene bucal e reposta frente a infecções bucais dos cuidadores. Portanto, além das questões referentes aos portadores, questões da saúde bucal desses cuidadores também são importantes, apesar de na maioria das vezes negligenciadas. Palavras-chave: doença de Alzheimer; cuidadores; saúde bucal; higiene bucal

INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma demência que se caracteriza por ser neurodegenerativa, progressiva, irreversível e de aparecimento insidioso, acarretando diminuição da memória, dificuldade de raciocínio, de pensamento e alterações comportamentais (Viel e Caovila, 1999). Prejudica a orientação temporal e espacial do portador, é associada à afasia, deterioração psicossocial avançada, alucinações, paranóia (Oguisso e Dal Bem, 2000), dificuldade de aprendizado e de comunicação (Viel e Caovila, 1999). Essa doença provoca lesões características no cérebro, como a perda difusa de neurônios no hipocampo e no neocórtex, o aparecimento de emaranhados protéicos intracelulares e o acúmulo extracelular de proteínas β -amilóide, que formam as placas amilóides (placas senis) em grande quantidade (Smith, 1999).

Embora a DA corresponda a 50% das demências existentes (Viel e Caovila, 1999), não existem até o presente métodos que permitam o diagnóstico clínico definitivo. Sabe-se que, quanto mais precoce o diagnóstico da DA, melhor será para auxiliar a família a lidar com o paciente; além de o tratamento ser beneficiado, devido ao fato de a terapia iniciar mais cedo. Atualmente o diagnóstico clínico da DA ocorre por exclusão, por meio do descarte de outras patologias que poderiam estar causando os mesmos sintomas da DA, como tumores e complicações cerebrais (Viel e Caovila, 1999).

Quanto mais a família e os cuidadores entendem a doença e sua evolução, maiores as chances de aprender estratégias e usufruir recursos paliativos com sucesso. O envolvimento da família é um componente chave no tratamento contínuo do paciente com demência. Da mesma forma, que a manutenção de um bom suporte médico, odontológico, psicológico e nutricional ocorra, para que o paciente e os cuidadores mantenham ou melhorem o bem estar fisiológico, psicológico e social do portador (Goodman, Ickrath, Niessen, 1993).

Apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário (Snyder, 2001), deve-se atentar também para as suas necessidades. Como já foi demonstrado em diversos estudos, os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não cuidadores (Kiecolt-Glaser et al, 1995; Snyder, 2001). Uma frase exemplifica bem essa questão (Snyder, 2001): "Eu me sinto como se minha perna tivesse sido amputada, mas é meu marido quem está sendo preparado para recebê-la".

Essas evidências indicam para as necessidades diferenciadas dessa parcela da população idosa e, por conseguinte, dos aspectos que se referem ao cuidado em saúde tanto dos portadores de DA como de seus cuidadores/famíliares, que muitas vezes não recebem a atenção adequada para suas necessidades. Na Odontologia, por exemplo, é pouco usual que os profissionais possuam treinamento adequado para o manejo das necessidades desses indivíduos, o que constitui por parte dessa categoria profissional negligência frente a tais necessidades. É portanto objetivo deste artigo revisar aspectos relevantes relacionados à saúde bucal de portadores de DA e seus cuidadores.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. Demografia da DA

Devido ao processo de transição demográfica mundial, onde há o crescimento da população idosa, graças aos avanços nos cuidados de saúde, houve uma diminuição dos óbitos por doenças infecciosas; e o número de doenças senis, como a DA, tem aumentado. Estima-se que a DA é a patologia senil que mais novos casos apresenta à comunidade médica no mundo, atingindo hoje algo como 18 milhões de pessoas. Em países como Estados Unidos e França, os dados epidemiológicos mostram que até o ano 2020 ocorrerão cerca de 200.000 novos casos de DA por ano, devido ao envelhecimento acelerado da população. Nos países em desenvolvimento também há um aumento na expectativa de vida, o que significa dizer que nesses países também ocorrerá um aumento na incidência de DA. Hoje o Brasil apresenta uma população de 1,2 milhão de portadores dessa doença (Côrrea, 1996).

2. Classificação

A progressão dos sintomas na DA varia de acordo com o indivíduo, mas para fins terapêuticos ela é dividida em três estágios clínicos. No estágio inicial, além da perda de memória, um indivíduo pode ser incapaz de dizer que dia é, a hora do dia ou até mesmo onde está. Nesse estágio, os pacientes podem cometer erros de julgamento, como cometer erros ao dirigir ou se perder em lugares familiares como em casas de parentes e lojas. O estágio moderado é caracterizado por perdas progressivas e contínuas, que podem avançar a partir do estágio inicial em poucos meses ou em alguns anos. Os pacientes desenvolvem rápidas e generalizadas perdas de memória e tornam-se mais vagarosos nos movimentos e na fala, ou mesmo incapazes de se comunicar (Henry, 1999).

No estágio severo os pacientes têm grande dificuldade de entender instruções ou até mesmo uma linguagem simples. Neste último estágio os pacientes precisam de cuidados totais nas atividades diárias como se vestir, tomar banho, comer, usar o banheiro e comumente têm problemas de agressividade e ansiedade. Tipicamente, o processo da doença é gradual e algumas das condições dos pacientes pioram com o tempo, culminando com o coma e finalmente a morte (Henry, 1999).

3. Epidemiologia

A DA é conhecida como uma demência senil, pois é mais comum na medida que a idade avança, atingindo pessoas acima de 50 anos de idade ou mais freqüentemente, após os 65 anos, com a predominância do sexo feminino. A DA acomete cerca de três vezes mais mulheres do que homens pelo simples fato de as mulheres serem mais longevas que os homens. Por volta dos 65 anos, ela acomete de 5 a 10% das pessoas; aos 80 anos, sua prevalência sobe para 20%; aos 85 anos, ela é de 47% (Corrêa, 1996).

A DA representa 50% dos casos de demência nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha. Estima-se que corresponda à quarta causa de morte entre os idosos nesses países (Smith, 1999). Com o envelhecimento populacional, as demências passaram a ser um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade (Almeida e Crocco, 2000).

4. DA e a Odontologia

4.1 DA e saúde bucal

Quanto à saúde bucal dos pacientes com DA, dados da literatura descrevem uma pobre higiene bucal e o aumento da prevalência de doenças periodontais e cárie. Acredita-se que isso se deva principalmente à inaptidão do portador em executar os procedimentos de higiene bucal de maneira eficiente. Alguns estudos também destacam a importância da função salivar, indicando que, pelo fato de portadores de Alzheimer terem maiores riscos de disfunção salivar (consumo de medicamentos que têm como efeito secundário redução do fluxo salivar), estariam por consequência em maiores riscos de desenvolverem doenças bucais. Por esses motivos é importante que o portador receba assistência no cuidado/higiene bucal de um familiar/cuidador assim que a doença progredir do estágio inicial ao estágio avançado (Henry, 1999), pois ele pode não mais conseguir realizar sua higiene bucal sem auxílio.

A administração da saúde bucal dos pacientes com DA é parecida com a de pacientes com outros danos neurológicos. Nos pacientes com DA, existem cinco itens bastante críticos nos cuidados quanto à saúde bucal, quais sejam: (a) sintomas no portador de DA; (b) exame bucal no portador de DA; (c) abordagem do portador de DA; (d) papel do cuidador frente à saúde bucal do portador de DA; (e) o papel do cirurgião-dentista frente à saúde bucal do portador de DA.

(A) SINTOMAS NO PORTADOR DE DA

Todos os dentistas têm um bom conhecimento dos sintomas comumente presentes na dor de dente. Entretanto, nos portadores de DA, a habilidade de comunicar dor ou ausência agudos vai ser a

norma. Por exemplo, é comum que os sintomas de dor em pacientes com Alzheimer em estágios moderados e severos só sejam manifestados por meio de uma mudança repentina de comportamento, ou por gritos, gemidos e recusa de realizar coisas comuns como tomar banho, alimentar-se, e aumento de agitação. Clínicos que estão tentando determinar se há uma causa tratável devem usar a história do paciente, sua linha de comportamento, por meio do relato do cuidador, para obter a possível fonte de dor do portador de DA. Se for possível diagnosticar a origem da dor dental, o seu tratamento tem prioridade. Porém, se apenas no exame clínico não for possível diagnosticá-la, é necessário um exame radiográfico complementar (Henry, 1999).

Nordenram et al, 1997, perguntaram a trinta e seis portadores de DA questões referentes à dor na cavidade bucal, desconforto ou problemas ao mastigar, e os resultados foram: quatorze não conseguiram responder às perguntas, dezesseis estavam insatisfeitos, cinco não tinham certeza se tinham algum problema e apenas um queixou-se de maneira específica, reclamando de dor ao usar a dentadura. É importante salientar que a causa de o paciente não relatar desconforto bucal, pode ser devido à sua demência e também por possuir outras doenças mais agudas (Henry, 1999), o que dificulta a detecção de patologias bucais.

(B) EXAME BUCAL NO PORTADOR DE DA

Atual condição dentária: utilizando-se de critérios padronizados como número de dentes restantes, números de restos radiculares, nível de higiene bucal, dentes quebrados, saúde periodontal, é possível classificar o paciente quanto ao seu nível de saúde bucal. A atual condição dentária é provavelmente o melhor indicador de motivação passada e desejo de um tratamento contínuo de um paciente. Por exemplo, um paciente que viu um periodontista por vinte anos no estágio moderado de Alzheimer iria, provavelmente, continuar a manter seus dentes se fosse capaz de comunicar seus desejos ao dentista (Ship, 1992). Os pacientes com DA, de acordo com Nordenram et al, 1997, apresentam disfunções orais – como o reflexo de sucção e movimentos orais involuntários – que afetam a capacidade de o paciente adaptar-se a uma prótese, além da falta de coordenação muscular para estabilizá-la (Henry, 1999). Essas disfunções orais também dificultam o exame bucal nos pacientes portadores de DA.

(C) ABORDAGEM NO PORTADOR DE DA

Estágio da doença: para determinar o tipo de tratamento dentário (invasivo ou até mesmo adiado) a ser realizado em um portador de DA, é necessário avaliarmos o estágio da doença (inicial, moderado ou severo). Os portadores vão progressivamente perdendo a capacidade de realizar seus cuidados de higiene bucal, por isso, nos estágios mais avançados da doença, é recomendado um tratamento focado na conservação dos dentes e não na reabilitação protética, por exemplo (Henry, 1999).

É necessário salientar que, se a pessoa com demência tem inicialmente uma boa saúde bucal e é acostumada a cuidados odontológicos regulares, é importante manter esse hábito para preservar a saúde bucal pelo resto da vida. Porém, se existe uma deterioração bucal inicial, o objetivo do tratamento deve ser melhorar a sua condição bucal, sabendo que um tratamento sem consentimento é considerado uma agressão, exceto numa emergência (Norderam et al, 1997).

É importante que se levem em conta as expectativas de todas as pessoas envolvidas na atenção ao portador de DA e também as do próprio portador. Esse é um princípio associado ao consentimento negociado, onde vários pontos de vista legítimos devem ser considerados, envolvendo o paciente, sua família, cuidadores e instituição. O resultado é uma autoridade dividida, dispersa, na tomada de decisão. Compõe-se um processo não algorítmico onde a negociação não é governada por regras estritamente dedutivas. O imperativo no processo de consentimento negociado é o foco no conceito de escutar, ao invés de somente falar (Smith, 1996).

Para o tratamento de pessoas com DA e outras demências, é muito importante que haja um atendimento interdisciplinar, envolvendo dentistas, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, trabalhadores sociais e outros (Warren et al, 1997), para que o paciente tenha um atendimento de

qualidade e possa ter saúde, já que essa equipe proporcionará uma abordagem balanceada para a manutenção do caso. Se não for possível para o dentista proporcionar serviços de saúde bucal diretamente, ele pode intervir como um conector entre o paciente e o setor de saúde bucal público ou privado (Goodman et al, 1993).

(D) PAPEL DO CUIDADOR FRENTE À SAÚDE BUCAL DO PORTADOR DE DA

No que diz respeito ao cuidador, qualquer pessoa que proporcione cuidados ao doente é chamado cuidador, e este pode ser esposo, filho ou irmão. À medida que a doença evolui, o cuidador vai tornando-se cada vez mais responsável pelo paciente; é ele que vai determinar se o tratamento deve ser procurado e que cuidados deve ter com o portador da DA. O cuidador tem pouco envolvimento com a saúde bucal do paciente no estágio inicial da doença. Porém, com sua progressão, ele será o responsável em fornecer o histórico médico e dental do paciente, permitirá ou não o tratamento, e será a chave para o sucesso do programa preventivo de saúde bucal (Henry, 1999).

O dentista deve entender a importância do cuidador para a saúde do portador de DA e por isso deve treiná-lo para cuidar da boca do paciente quando este não tiver mais a habilidade necessária para tal função. Antes de iniciar o tratamento, os dentistas devem obter o consentimento de seu tutor, que é o responsável legal pelo paciente. O cuidador tem um papel importante durante o tratamento dentário, pois é encorajado a sentar-se ao lado do paciente para que este fique menos ansioso e estressado, pois vai segurar a mão do paciente e/ou distraí-lo. Um benefício final de ter o cuidador presente é testemunhar as necessidades dentárias do paciente e também do tratamento dado. Com essa aproximação, o cuidador se torna um membro do time do tratamento bucal e um defensor de cuidados contínuos para o portador (Henry, 1999).

(E) O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE À SAÚDE BUCAL DO PORTADOR DE DA

Para manter saúde bucal ao longo da vida, os idosos necessitam hoje de cuidados odontológicos mais regulares. Encontrar o tratamento adequado para portadores de DA é uma tarefa delicada. Um alto grau de atenção é necessário entre os profissionais para equilibrar as implicações do comprometimento cognitivo dos pacientes com as demandas de tratamento odontológico, para que se tenha do benefício antecipado uma expectativa realista. O tratamento odontológico deve focar-se na remoção de dentes não restauráveis e manutenção dos dentes e próteses existentes com medidas de higiene oral freqüentes. Para diminuir dor e patologias e manter a dignidade e a qualidade de vida para um portador de DA, os profissionais da Odontologia serão progressivamente desafiados com a preservação da saúde bucal e nutricional nesses pacientes (Kocaelli et al, 2002).

4.2. Cuidados de higiene bucal e tratamento odontológico ao portador de DA

Há itens de equipamento essenciais e alguns produtos especiais que podem tornar mais fácil o tratamento de pacientes portadores de DA. Além disso, treinamentos avançados em técnicas de atendimento hospitalares podem ser necessários para tratar os pacientes muito difíceis ou no último estágio da doença. Existem equipamentos essenciais para o tratamento desses pacientes que nem todos os dentistas possuem, como por exemplo, o dispositivo para manter a abertura da cavidade bucal e ajudar a controlar a posição da cabeça. Os filmes panorâmicos não são contra-indicados, porém pela falta de cooperação do paciente eles podem ser impossíveis de serem obtidos, já que é difícil para eles manterem suas cabeças paradas durante a exposição. Para obter radiografias existem vestimentas de chumbo que permitem que o dentista consiga segurar as películas para o paciente, evitando exposição à radiação (Ship, 1992; Henry, 1999).

Dos vários produtos especialmente adaptados para pacientes deficientes, incluindo os pacientes com DA, os aparatos abridores de boca são utilizados pelos cuidadores durante a realização da

higiene bucal, o que permite uma melhora na higiene bucal, já que os pacientes com DA em estágios mais avançados necessitam de ajuda para sua higienização (Ship, 1992).

No manual para o cuidador da Associação Brasileira de Alzheimer, recomenda-se que, quando for difícil abrir a boca do paciente, deve-se introduzir delicadamente uma espátula entre os dentes e fazer um movimento rotatório. Se não for possível, deve-se utilizar o dedo indicador envolto em gaze para que seja possível a higienização (ABRAz,199-). Além disso, o uso de flúor em suas várias formas, que previnem o desenvolvimento da doença cárie, permite a administração das consequências da hipossalivação, que ocasiona o aumento do risco de cárie. Para pacientes com diminuição do fluxo salivar, também é recomendado o uso de substitutos de saliva (Goodman et al, 1993).

Existem também escovas de dente especiais – como as com três fileiras de cerdas, que, quando colocadas corretamente, podem limpar ao mesmo tempo as superfícies linguais, vestibulares e oclusais dos dentes – as escovas convencionais, ou mesmo as elétricas. Para a limpeza interdental, existem as escovas interdentais, mais fácil de serem usadas que o fio dental ou mesmo que o passa-fio, pois não exigem que os dedos do cuidador ou dentista fiquem dentro da boca do paciente (Henry, 1999). Recomenda-se também a utilização de anti-sépticos bucais após as refeições (ABRAz,199-), sendo que o spray de clorexidina tem eficácia comprovada quando usado como agente antiplaca e antigengivite (Ship, 1992), fazendo parte da estratégia preventiva preconizada por outros autores para o controle químico de placa para portadores de DA (Kocaelli et al, 2002).

Quanto aos cuidados com próteses dentárias, recomenda-se uma limpeza cuidadosa, após cada refeição, e também sua retirada antes de dormir, mergulhando-a em água ou solução anti-séptica (ABRAz,199-) durante a noite (Goodman et al, 1993). O manual do cuidador da ABRAz recomenda que a língua seja massageada com escova macia para a remoção de sujidades. Em caso de haver presença de uma crosta branca sobre a língua (saburra), ela deve ser removida utilizando escova de dentes, uma espátula envolvida em gaze ou até o dedo indicador envolto em gaze umedecidos (ABRAz,199-).

Dois estudos examinaram as condições de saúde bucal de indivíduos portadores de DA. Os resultados mostraram que as dentaduras dos idosos nos estágios iniciais da DA eram menos limpas quando comparadas as de uma população controle, implicando que os idosos portadores de DA pioram a habilidade pessoal de realização de higiene bucal (Ship, 1992). As disfunções de glândula salivar submandibular em pacientes com DA não medicados também foram avaliadas, sugerindo que uma degeneração neuronal também influencia a fisiologia oral (Ship, 1992).

Essas alterações observadas com a progressão da doença têm repercussão sobre a saúde bucal dos portadores de DA, portanto o tratamento dentário em estágios iniciais da doença deve ter como objetivo produzir condições de saúde bucal estáveis que permitam ao portador o mínimo de problemas quando, nos estágios mais avançados da doença, o tratamento odontológico talvez seja impossível (Kocaelli et al, 2002).

5. A saúde dos cuidadores de portadores de DA

Proporcionar cuidado a um cônjuge com Alzheimer ou outras demências progressivas está associado a muito sofrimento. O curso da doença é imprevisível, como é a rapidez do declínio; a única certeza é sua morte (o tempo de sobrevivência depois da instalação da doença varia entre 8 e 20 anos) (Dura JR et al, 1990).

Cuidadores de familiares com demência progressiva, quando comparados com controles não cuidadores, apresentam uma incidência de 30% de desordens depressivas durante os primeiros anos em que proporcionam cuidado em comparação a 1% dos controles. Assim, o esforço crônico de cuidar parece estar ligado ao início de desordens depressivas em idosos (Dura JR et al, 1990). Como já descrito anteriormente, apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário (Snyder, 2001), deve-se atentar para as suas necessidades. Como já foi demonstrado em diversos estudos, os cuidadores são mais suscetíveis a infecções e mais deprimidos do que indivíduos não cuidadores (Snyder, 2001) (Kiecolt-Glaser et al, 1995).

O ato de cuidar de um doente crônico está associado ao aumento de estresse, depressão e a uma função imune reduzida (Kiecolt-Glaser et al, 1995). Por essas razões, os cuidadores idosos de familiares de pacientes dementes têm sido estudados por vários pesquisadores como modelo para explorar o impacto do estresse crônico na função imune e endócrina (Bauer et al, 2000).

SAÚDE BUCAL E ESTRESSE

Há evidência de que o estresse psicológico afeta o sistema imune celular (Kiecolt-Glaser et al, 1995). Acredita-se que o estresse tem um papel importante em determinar as respostas do hospedeiro, o que pode aumentar a suscetibilidade do hospedeiro a patógenos infecciosos, como os da periodontite (Rozlog et al, 1999) e, com isso, aumentar significativamente a destruição tecidual típica dessa doença (Aurer et al, 1999).

O papel dos fatores psicossociais na etiologia das doenças inflamatórias periodontais ainda não é claro. Os mecanismos propostos que podem mediar essa relação ainda devem ser testados. No entanto, estudos em psiconeuroimunologia mostram uma diminuição na resistência do hospedeiro; um modelo interessante como um possível mecanismo. Embora estudos disponíveis não suportem definitivamente uma relação causal, eles sugerem que os fatores psicossociais podem estar envolvidos na etiologia das doenças periodontais inflamatórias (Monteiro da Silva et al, 1995) e, como a higiene oral, eles possam ser importantes determinantes da periodontite (Croucher et al, 1997).

Medidas psicossociais de estresse associadas à depressão são significantes indicadores de risco para aumento da severidade de doença periodontal em adultos após ajuste para idade, gênero (masculino), fumo, diabetes mellito, presença de periodontopatógenos como *Bacteroides forsythus* e *Porphyromonas gingivalis* (Freeman et al, 1993) (Genco et al, 1999). Situação negativa caracterizada por dificuldades financeiras também foi associada com maior severidade de doença periodontal (Norderyd e Hugoson, 1998).

Quando se avalia associação entre estresse ocupacional e progressão de periodontite, observa-se que há um aumento da perda de inserção periodontal com o aumento da idade e com o baixo status sócio-econômico num intervalo de cinco anos e meio (Linden et al, 1996). Sugere-se também que experiências negativas de vida, manifestadas como depressão, podem aumentar o risco à progressão de doença periodontal (Hugoson et al, 2002).

Quando se pensa no sofrimento produzido pelo ato de cuidar de um familiar portador de demência, na ansiedade, estresse e depressão que acompanham esse sofrimento e na associação destes com alterações significativas do sistema imune, pode-se pensar nas repercussões que esses eventos podem ter tanto sobre a higiene bucal, como na resposta frente à infecções bucais, por exemplo no caso da periodontite dos cuidadores de portadores de demências. Essa hipótese é suportada pelos achados de estudos populacionais que verificaram associação entre eventos negativos de vida e níveis de higiene bucal e periodontite. Portanto, além das questões referentes à saúde bucal dos portadores de demências como a DA, questões da saúde bucal dos cuidadores são pertinentes, apesar de na maioria das vezes serem negligenciadas. Elas merecem ser abordadas com interesse pelos profissionais da Odontologia que se dedicam à prática clínica, assim como pelos que se dedicam a investigações de saúde bucal de populações idosas.

NOTAS

[1](#) Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

[2](#) Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

[3](#) Laboratório de Envelhecimento Celular, IPB, Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

[4](#) Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. *Manual sobre a doença de Alzheimer*, 199-, 18 p.

ALMEIDA, O. P.; CROCCO, E. T. [Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com Doença de Alzheimer](#). *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 58, p. 292-299, 2000.

AURER, A. et al. Inflammatory mediators in saliva of patients with rapidly progressive periodontitis during war stress induced incidence increase. *Collegium antropologicum*; 23, p. 117-124, 1999.

BAUER, M. E. et al. Chronic stress In caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Journal of Neuroimmunology*; 103, p. 84-92, 2000.

CORRÊA, A. C. O. Envelhecimento, depressão e Doença de Alzheimer. *Health*, 1, p. 227, 1996.

CROUCHER, R. et al. The relationship between life-events and periodontitis: a case-control study. *Journal of Clinical Periodontology*; 24, p. 39-43, 1997.

DURA, J. R.; STUKENBERG, K. W.; KIECOLT-GLASER, J. K. Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*; 99, p. 284-290, 1990.

FREEMAN, R.; GOSS, S. Stress measure as predictors of periodontal disease – a preliminary communication. *Community Dentistry Oral Epidemiology*; 21, p. 176-177, 1993.

GENCO, R. J. et al. Relationship of stress, distress, and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *Journal of Periodontology*; 70, p. 711-723, 1999.

GOODMAN, H. S.; ICKRATH; M. C.; NIESSEN, L. C. Managing patients with Alzheimer's: the primary care role of dentists. *Journal of the American Dental Association*; 124, p. 75-80, 1993.

HENRY, R. G. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *Journal of California Dental Association*; 27, p. 709-717, 1999.

HUGOSON, A.; LJUNGQUIST, B.; BREIVIK, T. The relationship of some negative events and psychological factors to periodontal disease in an adult Swedish population 50 to 80 years of age. *Journal of Clinical Periodontology*; 29, p. 247-253, 2002.

KIECOLT-GLASER, J. K. et al. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, 346, p. 1194-1196, 1995.

LINDEN, G. J.; MULLALLY, B.H.; FREEMAN, R. Stress and the progression of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*; 23, p. 675-680, 1996.

NORDENHAN, G.; NORBERG, A.; BISCHOFBERGER, E. Ethical aspects of dental care for demented patients. Methodological considerations. *Swedish Dental Journal*; 18, p. 155-164, 1994.

OGUISSO, T.; DAL BEM, L. W. Alzheimer, a história de Auguste D. *Revista Medicis*; 2, p. 39-43, 2000.

ROZLOG, L. A. et al. Stress and immunity: implications for viral disease and wound healing. *Journal of Periodontology*; 70, p. 786-792, 1999.

SHIP, J. A. Oral health of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Dental Association*; 123, p. 53-58, 1992.

SILVA, A. M. Monteiro da; NEWMAN, H. N.; OAKLEY; D. A. Psychosocial factors in inflammatory periodontal disease. A review. *Journal of Clinical Periodontology*; 22, p. 516-526, 1995.

SMITH, M. A. C. [Doença de Alzheimer](#). *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 21, s2, p. 3-7, 1999.

SMITH, G. P. Informed or negotiated consent. In: _____. (Ed.) *Legal and health care ethics for the elderly*. 1st. ed. London: Taylor & Francis, 1996. p. 43-53.

SNYDER, L. Care of patients with Alzheimer's disease and their families. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17, p. 319-335, 2001.

VIEL, A. H.; CAOVILO, V. P. É possível conviver com a Doença de Alzheimer. *Diagnóstico e Tratamento*, 4, p.6-11, 1999.

WARREN, J. J. et al. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Special Care in Dentistry*, Chicago, 17, p. 47-53, 1997.

ABSTRACT

Alzheimer Disease (AD) is a dementia with neurodegenerative, progressive and irreversible characteristics. The family/caregiver's involvement is a major component in the continuous treatment of the dementia patient. Although caregiver is not the primary patient, one should keep in mind his/her health needs. The aim of this article is to review relevant issues related to the oral health of AD patients and caregivers. There is data in the literature showing that, in AD patients, a poor oral hygiene and higher prevalence of oral disease are observed. This is due to the patient disability to perform oral hygiene. In these patients there are five critical items on oral health care: symptoms, oral exam, approach, caregiver's role on oral health maintenance, and Dentist's role on oral health maintenance of the AD patient. If one may think in the suffering caused by the act of taking care of a dementia bearer, and in the association of it with significant alterations in immunity, one may reason that the impact on oral hygiene and oral health are also of significance, hence, besides the questions related to AD patients, the questions referent to oral health of caregivers are also of importance, despite that most of time neglected.

KEYWORDS: alzheimer's disease; caregivers; oral health; oral hygiene

Recebido para publicação em 19/12/2002
Aprovado em 24/04/2003
Correspondência para:
Fernando Neves Hugo
E-mail: juhilger@terra.com.br
Laboratório de Envelhecimento Celular, IPB, Hospital São Lucas -
PUCRS
Av. Ipiranga 6690, 2º andar - Jardim Botânico, Porto Alegre, RS -
CEP 90610-000