

## ABORDAGEM ODONTOLÓGICA DO IDOSO COM DEMÊNCIA: ELEMENTOS DE ROTINA PREVENTIVA PARA REDUÇÃO DE COMORBIDADES

Andréia Affonso Barretto MONTANDON<sup>1</sup>

Lígia Antunes Pereira PINELLI<sup>2</sup>

Laiza Maria Grassi FAIS<sup>3</sup>

Denise TIBÉRIO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP- Universidade Estadual Paulista, [andreiam@foar.unesp.br](mailto:andreiam@foar.unesp.br); <sup>2</sup>Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP- Universidade Estadual Paulista, [ligia@foar.unesp.br](mailto:ligia@foar.unesp.br); <sup>3</sup>Faculdade de Odontologia de Araraquara, UNESP- Universidade Estadual Paulista, [laizamgfais@foar.unesp.br](mailto:laizamgfais@foar.unesp.br); <sup>4</sup>Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, [denisetiberio@uol.com.br](mailto:denisetiberio@uol.com.br)

### Resumo:

Com o envelhecimento populacional, a incidência de doenças cognitivas degenerativas aumenta, levando à dependência, e dificuldades no cuidado com a saúde bucal e maior prevalência de doenças, como cárie, periodontite e estomatite protética, relacionadas também ao maior risco de comorbidades e mortalidade. Assim, o objetivo deste foi estabelecer os cuidados a serem seguidos pelo profissional da área odontológica na rotina de execução de procedimentos e orientação da equipe multidisciplinar, familiares e cuidador para uma abordagem adequada com base na literatura pertinente, estabelecendo-se e discutindo os tópicos importantes na abordagem. As bases de dados foram pesquisadas e verificou-se que a literatura, com poucas exceções, não discute protocolos e rotinas de cuidados com o idoso com demência e dependente, mas o faz de forma mais pontual. Sendo assim, estabeleceu-se que a abordagem preventiva rotineira do idoso com demência, o cirurgião-dentista deve considerar: a avaliação criteriosa e multidisciplinar, a comunicação específica e eficiente, a atenção aos sinais vitais antes e após a consulta, o estímulo e educação dos pacientes e cuidadores, as intervenções curativas para redução de focos infecciosos segundo o comprometimento do paciente, a higienização de dentes, próteses e mucosa desdentada de modo que seja eficaz e rotineira, o tratamento da hipossalivação, o efetivo estabelecimento de consultas de rotineiras e interação com equipe multidisciplinar, cuidadores e familiares. Tais cuidados poderão trazer como benefício, a redução da comorbidade, da mortalidade, o maior conforto do paciente, a maior facilidade de tratamento da demência e bem-estar da família e do paciente.

**Palavras-chave:** idoso, demência, saúde bucal, cuidadores, capacidade funcional

## Introdução

A incidência mundial de doenças cognitivas degenerativas aumenta à medida que a população envelhece. Esse declínio na função mental frequentemente causa alterações comportamentais que afetam diretamente a saúde bucal<sup>5</sup>.

Os aspectos de senescência e senilidade presentes no estudo de envelhecimento e as especificidades necessárias na avaliação e abordagem do idoso<sup>34</sup> tornam-se ainda mais complexas quando se trata de um paciente com sintomas de demência<sup>33</sup>. Em idosos institucionalizados, Zellmer et al.<sup>66</sup> verificaram que 50% dos pacientes avaliados apresentavam halitose, cuja presença esteve associada a hipossalivação, doença periodontal, cálculo, prótese fixa e demência. Segundo Berry<sup>2</sup>, 80% dos idosos residentes em instituições do Reino Unido possuem demência, possuindo mais cárie e perda de dentes, o que impede que possam alimentar-se e socializar-se.

Considerando que o controle da placa dental bacteriana acumulada sobre dentes, mucosas e próteses por meio da higiene bucal diária é essencial para prevenir doenças bucais como cárie ou doença periodontal, especialmente em populações em risco, incluindo idosos com comprometimento cognitivo leve e demência<sup>20</sup>. Em estudo de Ewan et al.<sup>16</sup> com pacientes dentados, o índice de placa aumentou com o tempo no hospital, demência, residência em uma instituição e diminuição da mobilidade e as doenças sistêmicas e seus efeitos adversos podem também levar ao aumento da ocorrência de doenças bucais.

Assim, a literatura tem demonstrado forte associação entre má higiene bucal, pobres condições bucais e demência<sup>36,48,51</sup>, mesmo longitudinalmente<sup>38</sup>, que a periodontite pode significar um fator de risco para o declínio cognitivo mediado pelos efeitos da inflamação crônica<sup>25</sup> e ao mesmo tempo, uma relação positiva entre tratamento odontológico e a redução de comorbidades associadas a doença de Alzheimer<sup>44</sup> e mortalidade<sup>27</sup>. A Doença de Alzheimer, tipo mais comum de demência, possui progressão lenta<sup>33, 39</sup> e a terceira fase, após cerca de cinco anos, grave evolução das características da doença e a acentuada perda cognitiva e da capacidade funcional acaba levando o paciente a dependência nas atividades básicas da vida diária.

Estudo recente de Gil-Montoya et al.<sup>20</sup> mostrou associação significativa entre grau de comprometimento cognitivo e higiene oral diária, acúmulo de placa bacteriana e sangramento gengival, mostrando que a higiene bucal diária deficiente está associada de forma independente com comprometimento cognitivo, mesmo no seu estágio inicial, enquanto estudo anterior de Chen et al.<sup>10</sup> mostrou associação entre comprometimento cognitivo e cáries, mas não quando ajustada a capacidade de auto-cuidado.

Portanto, o declínio cognitivo e a consequente dependência leva a uma menor frequência de escovação, maior depósito de biofilme dental, maior risco de edentulismo<sup>35,40,46</sup>, severidade de cáries<sup>10</sup> e presença de comorbidades, ou seja, condições médicas crônicas<sup>31,44</sup>, sendo a disfunção salivar, polifarmácia, condições médicas, deglutição e problemas alimentares, dependência funcional, assistência de higiene bucal e mau uso de cuidados dentários, os possíveis fatores de risco<sup>9</sup>, estabelecendo-se uma complexa relação que leva a importante responsabilidade na promoção de saúde o idoso com demência.

*Sendo assim, o objetivo deste é estabelecer os pontos chave a serem seguidos pelo profissional da área odontológica na rotina de cuidados e orientação da equipe multidisciplinar e cuidador para uma abordagem terapêutica preventiva e redução de risco de morbidade e mortalidade do paciente com demência, considerando ainda a viabilidade do processo para paciente, cuidadores e familiares.*

## Metodologia

As bases de dados Medline, Bireme, Lilax e Pubmed foram rastreadas, bem como livros científicos, utilizando-se as palavras chave pertinentes com a finalidade de buscar estudos que estabeleçam rotinas de atendimento para pacientes idosos com comprometimento cognitivo característico da demência, incluindo o Doente de Alzheimer, e que possam ser utilizados como um roteiro ou protocolo de abordagem preventiva na clínica odontológica. Deste modo, pretendeu-se estabelecer tópicos que sejam importantes na abordagem rotineira, conscientizando a equipe multidisciplinar a respeito da importância do tema, que será desenvolvido baseando-se em casos clínicos.

## Resultados

O estudo da literatura pertinente demonstrou que embora não exista protocolos fechados que determinem rotinas de cuidados preventivos para idosos com demência, fica clara a importância do tema e cujos achados puderam ser categorizados nos seguintes tópicos:

- ✓ **Aplicação de rastreio cognitivo, funcional e reavaliação da anamnese:** A avaliação do paciente deve necessariamente incluir dados da história sistêmica atual e passada, condições cognitivas, funcionais, nível de depressão, autonomia, conhecimento da realidade em que vive, como estrutura familiar e relacionamento, e então, finalmente a história odontológica, com expectativas, necessidades e condições clínicas claramente determinadas<sup>33</sup>. Os familiares devem participar intensamente do processo, e a enfermagem deve estar engajada e envolvida desde a primeira consulta. Para o paciente portador de demência, uma boa conduta é manter o acompanhante atrás do idoso e assim o profissional terá em primeiro plano as reações e respostas do paciente e posteriormente o acompanhante que com olhar e respostas complementares irá colaborar no processo de anamnese. A avaliação do paciente deve iniciar-se pela observação cuidadosa deste, de sua vestimenta, condições de higiene, comportamento social, condições de locomoção, audição, visão e realidade social, incluindo relacionamento com familiares e outros<sup>33</sup>. Diferentes instrumentos foram desenvolvidos com a finalidade de auxiliar a investigação do comprometimento cognitivo em populações de risco, tais como os idosos<sup>1</sup>. O teste para rastreio cognitivo mais conhecido e utilizado por ser simples, rápido, de fácil aplicação e validado em vários países, inclusive no Brasil, considerando-se o componente de escolaridade na atribuição dos escores<sup>3</sup>, é o Mini Exame do Estado Mental,<sup>1,19</sup> que avalia orientação, linguagem, atenção, registro e memória de evocação.<sup>1,43,53,54</sup> Deve ser aplicado anteriormente a anamnese para que o processo de comunicação conhecido. Além da avaliação cognitiva, a condição funcional do paciente é um dos parâmetros mais importantes da avaliação geriátrica, podendo estar baseada na combinação de escalas propostas de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs)<sup>26</sup> que referem-se a funções vitais básicas e que são as últimas a serem perdidas durante o processo de envelhecimento, como vestir-se, alimentar-se, levantar da cama e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs),<sup>29</sup> correspondente às que são inicialmente perdidas e consideradas mais complexas, como usar o telefone, utilizar transporte fora de casa, fazer compras no mercado, preparar refeições, realizar trabalhos domésticos, manejo de medicamentos e das finanças. O inventário deve ser uma estimativa detalhada do estado de saúde, bem como tratamentos, hospitalizações, duração e limitações impostas pelas doenças, medicamentos prescritos ou não, suas interações e efeitos colaterais, que devem ser anotados em destaque no prontuário, evitando complicações como hipotensão postural, interações com epinefrina, risco de sedação exagerada e medicamentos que comprometem o fluxo salivar.<sup>57</sup>
- ✓ **Comunicação específica:** A comunicação durante a abordagem avaliativa e preventiva do paciente deve ser efetiva, de caráter verbal e não verbal e com repetição de informações, sendo específica e

diferenciada segundo a fase evolutiva da demência<sup>58</sup>, sem infantilizações<sup>33</sup>. Mitchell et al.<sup>32</sup> ressaltaram ainda a necessidade de cuidados espirituais com o paciente e família, além da comunicação específica e cuidadosa.

- ✓ ***Sinais vitais antes e após consulta:*** As co-morbidades presentes no paciente com demência necessitam de acompanhamento responsável durante o atendimento para melhor compreensão do processo de senescência e senilidade, bem como prevenção de fatos inesperados.
- ✓ ***Treinamento e estímulo do paciente segundo limitações, educação e treinamento constante dos cuidadores com escovas e meios auxiliares:*** Para os idosos com limitações o estímulo deve ser constante e os cuidadores constantemente treinados a realizar uma escovação eficiente que seja inserida na rotina de cuidados. Em estudo de Chu et al.<sup>11</sup>, em comparação com os indivíduos do grupo controle, menos pessoas com demência realizaram escovação dental duas vezes ao dia (31% vs 5%;  $p < 0,001$ ), demonstrando as dificuldades e limitações deste grupo e a necessidade de auxílio constante. Fjeld et al.<sup>18</sup> realizaram um ensaio clínico controlado para investigar o efeito das escovas de dentes elétricas (ET) em comparação com as escovas de dentes manuais (MT) em 180 residentes em lares de idosos e avaliar a opinião do cuidador sobre a ET. Ambos os grupos receberam as mesmas instruções de uso e após dois meses os participantes foram reexaminados e os questionários enviados aos cuidadores. Ambos os grupos apresentaram melhorias idênticas no índice de higiene mas dos 152 cuidadores que responderam ao questionário, a maioria avaliou a ET mais benéfica e menos demorada em comparação com MT, também para residentes com demência. Contudo, apesar da escova elétrica ou vibratória poder ser também utilizada pelo próprio paciente portador de demência, desde que supervisionado a auxiliado, a escova manual de cerdas macias utilizada com movimentos circulares e suaves permita maior estímulo articular para o paciente<sup>33</sup>. Assim, quanto ao cuidador, este deve ser treinado para utilização de escovas manuais ou rotatórias com eficiência, motivando-se para sua própria higiene bucal. Dispositivos em y para o fio dental ou escovas interproximais, realizando o enxágue, em caso de paciente acamado, com o auxílio de seringa descartável e cuba tipo rim, procedimentos relativamente simples, podem ser realizados. Nesta fase, para o correto posicionamento durante os cuidados com o paciente, é importante que uma cama hospitalar ou ao menos sem cabeceira seja utilizada. De grande importância, contudo, é a conscientização dos cuidadores a respeito de sua própria saúde bucal e desenvolvimento de habilidades de auto-cuidado, alterando as atitudes existentes e as intenções comportamentais relacionadas aos cuidados de saúde bucal dos idosos<sup>22,28</sup>.
- ✓ ***Tratamento básico – Raspagem, Polimento dental e descontaminação radicular em dentados:*** Para a abordagem preventiva, as dificuldades costumam ser maiores em pacientes com dentes remanescentes<sup>23</sup>, estando demonstrado na literatura a importância da redução do biofilme dental em dentes e redução da mortalidade, inclusive realizando-se as extrações indicadas para redução dos focos de infecção<sup>27,44</sup>.
- ✓ ***Escovação dentária regular com creme fluoretado e utilização de produtos fluoretados:*** Com nível de evidência I, os compostos fluoretados podem ser utilizados na forma de ingestão de água, de utilização de cremes dentais comerciais de 1000 ppm, de 5000 ppm se manipulados, assim como o fluoreto em gel. Pode ser também realizada a aplicação terapêutica de flúor nos dentes em spray ou gel – 5000ppm<sup>9,41</sup>. Limpeza regular com gaze ou escova umedecida com gluconato de clorexidina podem complementar a higienização diária.



- ✓ **Limpeza regular das próteses, em especial as próteses totais e parciais removíveis:** Em estudo de Webb et al.<sup>56</sup> para testar a eficácia de dois métodos de tratamento para estomatite dentária em instituições de longa permanência para idosos, utilizando 60 pacientes com estomatite devido a *Candida* cujos grupos tiveram as próteses higienizadas com hipoclorito de sódio, microondas e grupo controle. Ambos os métodos de tratamento foram realizados a noite por uma semana, exceto o grupo controle. Tanto a hipoclorito como a irradiação de microondas reduziram significativamente o número de *Candida Albicans* e bactérias aeróbicas nas próteses e ambos os métodos reduziram significativamente no palato, e não houve diferença entre ambos os métodos de desinfecção das próteses, o que concordou com a análise microbiológica. As próteses removíveis com grampos não poderão ser imersas no hipoclorito. Segundo Brondani et al.<sup>7</sup>, ainda não haveria padronização para o uso de microondas para limpeza e desinfecção de prótese dentária e segundo conclusão dos autores, a limpeza manual com escova ainda parece ser o método ideal para controlar a infecção por fungos e estomatite dentária, embora tal rotina seja realmente pouco utilizada, particularmente em instituições de longa permanência. Contudo, estudo de Silva et al.<sup>49</sup> verificaram que a utilização do microondas (650W) semanalmente por duas semanas para desinfecção de próteses foi tão efetivo para o tratamento de estomatite por prótese quanto a nistatina, eliminando diversas espécies de *Cândida*. Segundo estudo de Salles et al.<sup>47</sup>, o hipoclorito de sódio pode ser utilizado também para imersão das próteses por 20 minutos com concentrações de 0,25% ou 0,5% que será capaz de eliminar *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, *Bacillus subtilis*, *Escherichia coli*, *Streptococcus mutans*, *Enterococcus faecalis* and *Candida Glabrata*, al.<sup>61</sup> indicaram a implementação diária de ultrassom como um método simples e eficaz para rotina de limpeza de próteses de idosos institucionalizados com demência. Substâncias naturais com propriedades antimicrobianas e terapia fotodinâmica, além do micro-ondas, agentes para desinfecção e antissépticos, seriam meios de melhorar ou alternativos para utilização como medicamentos para o tratamento da estomatite por prótese<sup>15</sup>. Pelissari et al.<sup>42</sup> demonstraram a eficácia da terapia fotodinâmica no tratamento de células epiteliais com *Candida* e também sua baixa toxicidade, enquanto Dovigo et al.<sup>14</sup> demonstraram a importância da curcumina como fotoativador para melhor inativação do fungo.
- ✓ **Tratamento da hipossalivação:** Pode ser feito o uso de saliva artificial ou pilocarpina na ausência de função de glândula salivar<sup>21</sup> ou mastigação de goma sem açúcar para melhorar a hipossalivação<sup>41</sup>. A saliva artificial pode ser utilizada como spray ou gel para conforto do paciente e para casos em que os sialogogos químicos são contraindicados, estudos tem demonstrado a efetividade da acupuntura se o paciente for receptivo<sup>12,13,59</sup> e a fundamental importância do tratamento da xerostomia na qualidade de vida dos pacientes<sup>37</sup>.
- ✓ **Higienização da mucosa desdentada:** Deve ser realizada com gluconato de clorexidina (gel ou solução) a 0,12% com swab ou gaze, cerca de três vezes ao dia, podendo-se ainda contar com o uso de instrumentos e equipamentos odontológicos modificados para colaborar com a estabilização da mandíbula, controlando espasmos musculares e reflexos involuntários de mordida, para melhor acesso se necessário<sup>8,41</sup>.
- ✓ **Agendamento de consultas rotineiras:** Devem ser feitas no consultório ou domicílio<sup>41</sup> com intervalos de um a dois meses, realizando radiografias ao menos duas vezes no ano<sup>33</sup>. Assim, visitas de rotina frequentes devem ser instituídas<sup>6</sup> como método de controle de fatores de risco locais, orientações para controle de fatores sistêmicos e comportamentais, reavaliação do estado de saúde, comportamento do paciente e limitações em função da progressão da doença, bem como condições

emocionais, motivação e treinamento dos familiares e cuidadores, dando a assistência necessária para que dificuldades sejam sanadas e os objetivos alcançados.

- ✓ **Estabelecer bom relacionamento entre o profissional da odontologia e demais da equipe de apoio:** O profissional conheça o grau de dependência e as atividades que são assistidas por um cuidador, guiando o processo de planejamento clínico e de educação em higiene bucal<sup>52</sup>. Assim, a responsabilidade sobre os fatores de morbidade e mortalidade dos procedimentos preventivos não deve ser minimizada, principalmente com o agravamento da demência e da condição sistêmica do paciente<sup>24</sup>.

## Discussão

Apesar da literatura não ser contundente quanto a protocolos preventivos para pacientes com demência e a redução da morbidade e mortalidade, fica clara a diversidade de informações que podem compor a rotina de cuidados e a fundamental importância do tema discutido.

De um modo geral, com o agravamento de um quadro de demência, o que comumente ocorre, a participação do paciente no processo de cuidados diários, incluindo a higiene bucal passará, de inicialmente estimulada e posteriormente assistida, a ser passiva e necessitar ser suprida diante da total dependência. O desafio para a equipe multidisciplinar, incluindo o cirurgião-dentista é compreender e identificar os primeiros sinais de disfunção cognitiva, de modo a desenvolver uma estratégia de tratamento racional que permita aos pacientes manter confortavelmente seus dentes durante o maior tempo possível<sup>5</sup>, o que será extremamente benéfico para o próprio quadro de demência, comorbidades associadas e mortalidade, devido a evidente associação entre demência, dependência, doenças bucais e biofilme dental<sup>2,9,10,16,20, 25,27, 31,35, 36,38,40, 44,46,48,51,60</sup>.

Durante o inventário de saúde, o cirurgião-dentista deve discernir as queixas relacionadas às transformações naturais do envelhecimento das queixas referentes a processos patológicos, ou seja, discernir a senescência da senilidade. O atendimento odontológico de um paciente idoso requer a compreensão de sua individualidade e conhecimento da complexidade das alterações encontradas, pois a demência muitas vezes acarreta baixa adesão ao tratamento médico e uso de medicamentos, dificultando a abordagem<sup>4</sup>, tornando-se uma realidade desafiadora.

Os cuidados rotineiros podem e devem ser implementados pela equipe, inclusive em nível domiciliar<sup>17</sup> com resultados preventivos importantes, mas dependente de muita persistência, pois as limitações devem ser contornadas para que o paciente tenha o máximo de independência possível, o profissional deverá prover adaptações e treinamento para o máximo de eficácia para o cuidador em instituições ou programa de assistência domiciliar.

Infelizmente, a falta de atuação do cirurgião-dentista em equipes interdisciplinares de assistência ao idoso é uma realidade, tipo de assistência necessária ao idoso com demência<sup>55</sup> o que determina importante desafio de mudança de paradigmas no planejamento de ações efetivas na formação de recursos humanos<sup>62</sup>.

O tratamento odontológico nos estágios iniciais da doença é importante e deve ser focado na obtenção de uma condição oral estável, contribuindo para melhor qualidade de vida e diminuição do agravamento das situações bucais nos estágios posteriores da doença quando o tratamento odontológico pode ser difícil<sup>30</sup>.

De modo geral, a abordagem do idoso com dependência e demência deve iniciar-se com uma avaliação específica aplicando-se o rastreio cognitivo, funcional e reavaliando-se a história médica constantemente com envolvimento de toda equipe e com linguagem comum. O rastreio

cognitivo com o Mini Exame do Estado Mental<sup>1,19</sup>, que avalia orientação, linguagem, atenção, registro e memória de evocação<sup>1,43,53,54</sup>. Deve ser aplicado anteriormente a anamnese para que o processo de comunicação conhecido e a avaliação funcional criteriosa e baseada em dependência das atividades diárias<sup>26,29</sup> com inventário de saúde detalhado pelos familiares. A comunicação durante a abordagem avaliativa e preventiva do paciente deve ser efetiva<sup>58</sup>, sem esquecer-se do trauma familiar ali existente<sup>32</sup>.

A equipe deve ainda estar atenta aos desafios da avaliação física e condição vital do paciente, que deve ser monitorado antes e após qualquer intervenção diariamente, sendo ainda igualmente importante que o paciente seja estimulado para a higiene bucal pensando-se nela como uma forma de estímulo multifuncional e interação social, apesar das dificuldades rotineiras para que o próprio paciente a realize, e neste caso o instrumento de higiene deve ser o que melhor este se adapte<sup>11</sup>, bem como o cuidador, que deve se conscientizar a respeito de sua própria higiene para que seja eficazmente treinado para realizar a higiene do idoso<sup>22,28</sup>.

Quanto a intervenção bucal pelo cirurgião-dentista, as dificuldades costumam ser maiores quando o paciente possui dentes remanescentes<sup>23</sup>, pois será necessária maior colaboração do paciente, muitas vezes utilizando sedação leve ou hospitalização para redução dos focos de infecção contribuindo para redução da morbidade e mortalidade<sup>27,44</sup>. Para a manutenção das condições bucais, a escovação regular com compostos fluoretados possui evidência comprovada e pode ser também realizada a aplicação terapêutica de flúor nos dentes em spray ou gel<sup>9,41</sup>. Quando o paciente possui prótese removíveis, total ou parciais, estas devem ser retiradas constantemente para a higiene e o paciente deve dormir sem as mesmas, reduzindo o risco de contaminação excessiva por fungos e bactérias e consequente estomatite protética. Tal higienização pode ser realizada utilizando-se vários protocolos, aqui citando-se especificamente o hipoclorito de sódio a 0,25% ou 0,5%<sup>56</sup>, a terapia com microondas a 650w por três minutos semanalmente<sup>49,56</sup>, a escovação manual<sup>7</sup> e ultrassom diariamente<sup>61</sup>, além da terapia fotodinâmica para tratamento de estomatite<sup>14,15,42</sup>. Para a mucosa desdentada, o gluconato de clorexidina (gel ou solução) a 0,12 ou 0,2% com *swab* ou gaze, cerca de três vezes ao dia pode ser um protocolo adequado e simples.

Na atenção ao idoso dependente, o tratamento da hipossalivação deve ser priorizado<sup>37</sup> e pode ser feito com a utilização de saliva artificial ou pilocarpina na ausência de função de glândula salivar<sup>21</sup> ou mastigação de goma sem açúcar para melhorar a hipossalivação<sup>41</sup>, dependendo do nível de comprometimento sistêmico, local e aceitação pelo paciente. Para casos em que os sialogogos químicos são contraindicados, estudos tem demonstrado a efetividade da acupuntura se o paciente for receptivo<sup>12,13,59</sup>.

Em função das limitações de auto-cuidado e consequente dependência do paciente, além da supervisão ou realização das tarefas necessárias, visitas profissionais para intervenções preventivas e curativas, bem como para controles rotineiros não devem ser desconsideradas<sup>6,41</sup>, devendo ser realizadas com intervalos de um a dois meses e com exame radiográfico ao menos duas vezes ao ano<sup>33</sup>. Nestas consultas, é fundamental que sejam controlados os fatores de risco locais, ministradas orientações para controle de fatores sistêmicos e comportamentais e avaliada a progressão da doença, bem como das condições emocionais, motivação e treinamento dos familiares e cuidadores, desta forma assumindo a responsabilidade e dando a assistência necessária para que dificuldades sejam sanadas<sup>52</sup> e os objetivos alcançados, estabelecendo uma co-responsabilidade com a equipe multidisciplinar, paciente, familiares e cuidadores.

Embora os limites deste estudo incluam discutir os aspectos preventivos e de manutenção, o paciente deverá ter um plano de tratamento reabilitador executado segundo suas condições e nível de evolução da demência de forma coerente<sup>33</sup>. Assim, concordando com Rozas et al.<sup>45</sup>, há uma grande lacuna no conhecimento sobre métodos efetivos especificamente para melhorar a saúde bucal em pacientes com demência, mas um planejamento básico de cuidados para pacientes com



demência deve, no mínimo, combinar estratégias de prevenção recomendadas para pacientes idosos saudáveis e os profissionais de saúde dentária devem promover a educação sobre higiene bucal para cuidadores de pacientes idosos com deficiência cognitiva.

Portanto, abordagem do paciente idoso com demência necessita de amplo conhecimento do processo de envelhecimento, das alterações sistêmicas, comportamento social, aceitação e enfrentamento familiar, que compõem a totalidade da realidade deste, e a cavidade bucal deve estar incluída em um amplo contexto a ser conhecido e considerado pelo cirurgião-dentista para que o atendimento odontológico seja específico, eficaz, seguro e capaz de contribuir para a qualidade de vida do paciente e seus familiares.

## **Conclusão**

A literatura, com poucas exceções, não discute protocolos e rotinas de cuidados com o idoso com demência e dependente, mas o faz de forma mais pontual. Sendo assim, com base nas percepções gerais, para a abordagem preventiva rotineira do idoso com demência, o cirurgião-dentista deve considerar basicamente os seguintes pontos de intervenção: avaliação criteriosa e multidisciplinar, comunicação específica e eficiente, atenção aos sinais vitais antes e após a consulta, estímulo e educação dos pacientes e cuidadores, intervenções curativas para redução de focos infecciosos segundo o comprometimento do paciente, higienização de dentes, próteses e mucosa desdentada de modo que seja eficaz e rotineira, tratamento da hipossalivação, efetivo estabelecimento de consultas de rotina e interação com equipe multidisciplinar, cuidadores e familiares. Inserindo-se tais cuidados na rotina da equipe, a redução da comorbidade, da mortalidade, bem como o maior conforto do paciente, a maior facilidade de tratamento da demência e bem-estar da família e do paciente serão benefícios alcançados.

## **Referências Bibliográficas**

1. Almeida O P. Mini-Mental State Examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 1998; 56(3B): 605-12.
2. Berry L. Oral health for adults in care homes. *Nurs Older People*. 2016 Aug; 28(7):11.
3. Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 1994; 52(1):1-7.
4. Brauner D J, Muir JC, Sachs GA. Treating nondementia illness in patients with dementia. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2000;283(24):3230-5.
5. Brennan LJ, Strauss J. Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dent Clin North Am*. 2014 Oct;58(4):815-28.
6. Bridgman AM, Wilson MA. The treatment of adult patients with mental disability: part 1: consent and duty. *British Dental Journal* 2000;189(2):66-8.
7. Brondani MA, Samim F, Feng H. A conventional microwave oven for denture cleaning: a critical review. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):6-15.
8. Chalmers J et al. Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing* 2004; 30(11):5-11.
9. Chalmers J, Pearson A. Oral hygiene care for residents with dementia: a literature review. *J Adv Nurs*. 2005 Nov;52(4):410-9.



10. Chen X, Clark JJJ, Chen H, Naorungroj S. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. *Gerodontology*. 2015 Mar; 32(1): 53–61.
11. Chu CH, Ng A, Chau AM, Lo EC. Oral health status of elderly chinese with dementia in Hong Kong. *Oral Health Prev Dent*. 2015;13(1):51-7.
12. Dawidson I, Angmar-Månsson B, Blom M, Theodorsson E, Lundeberg T. Sensory stimulation (acupuncture) increases the release of calcitonin gene-related peptide in the saliva of xerostomia sufferers. *Neuropeptides*. 1999 Jun;33(3):244-50.
13. Dawidson I, Blom M, Lundeberg T, Angmar-Månsson B. The influence of acupuncture on salivary flow rates in healthy subjects. *J Oral Rehabil*. 1997 Mar;24(3):204-8.
14. Dovigo LN, Pavarina AC, Ribeiro AP, Brunetti IL, Costa CA, Jacomassi DP, Bagnato VS, Kurachi C. Investigation of the photodynamic effects of curcumin against *Candida albicans*. *Photochem Photobiol*. 2011 Jul-Aug;87(4):895-903.
15. Emami E, Kabawat M, Rompre PH, Feine JS. Linking evidence to treatment for denture stomatitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Dent*. 2014 Feb;42(2):99-106.
16. Ewan V, Newton JL, Rushton S, Walls AW. Oral hygiene of hospitalised older patients with lower limb fracture. *Age Ageing*. 2016 Nov;45(6):887-890.
17. Fallon T. et al. Implementation of oral health recommendations into two residential aged care facilities in a regional Australian city. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2006; 4(3): 162-79.
18. Fjeld KG, Mowe M, Eide H, Willumsen T. Effect of electric toothbrush on residents' oral hygiene: a randomized clinical trial in nursing homes. *Eur J Oral Sci*. 2014 Apr;122(2):142-8.
19. Folstein M F, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatry Research* 1975; 12(3):189-98.
20. Gil-Montoya JA, Sánchez-Lara I, Carnero-Pardo C, Fornieles-Rubio F, Montes J, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral hygiene in the elderly with different degrees of cognitive impairment and dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2017 Mar;65(3):642-647.
21. Gitto CA. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*. 1991; 32(3):221-31.
22. Hoben M, Kent A, Kobagi N, Yoon MN. Effective strategies to motivate nursing home residents in oral healthcare and to prevent or reduce responsive behaviours to oral healthcare: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2016; 6(3):1-7.
23. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Invest*. 2017;21(7):2189–96.
24. Iacopino AM. Understanding and treating aging patients. *Quintessence Int*. 1997; 28:622-6.
25. Ide M, Harris M, Stevens A, Sussams R, Hopkins V, Culliford D, Fuller J, Ibbett P, Raybould R, Thomas R, Puenter U, Teeling J, Perry H, Holmes C. Periodontitis and cognitive decline in Alzheimer's Disease. *Plos One*. 2016;11(3):1-9.
26. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe NW. Studies of illness in the aged. The index of measure of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *FAMA*. 1963;185(12):914-9.

27. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Is compromised oral health associated with a greater risk of mortality among nursing home residents? A controlled clinical study. *Aging Clin Exp Res.* 2017; 1-8. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0811-y>
28. Knevel R, Foley J, Gussy M, Karimi L. Does enhancing personal care assistants' own oral health influence their attitudes and practices towards oral care for residents - a pilot study. *Int J Dent Hyg.* 2016 Nov;14(4):249-54.
29. Lawton M, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9(3):179-86.
30. Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res.* 2010 Jun;7(4):368-73.
31. Martín-García S, Rodríguez-Blázquez C, Martínez-López I, Martínez-Martín P, Forjaz MJ. Comorbidity, health status, and quality of life in institutionalized older people with and without dementia. *International Psychogeriatrics.* 2013;25(7):1077-84.
32. Mitchell G, Agnelli J, McGreevy J, Diamond M, Roble H, McShane E, Strain J. Palliative and end-of-life care for people living with dementia in care homes: part 2. *Nurs Stand.* 2016 Jun;30(44):54-63.
33. Montandon AAB, Rosell FL. Odontogeriatrics: reaprendendo o atender e o cuidar. In: Sá JLM, Panhoca I, Pacheco JL. Na intimidade da velhice. Holambra: Ed. Setembro; 2006. p. 111-122.
34. Montandon AAB. Abordagem do Doente de Alzheimer na clínica odontológica. In: Tibério D. Alzheimer na Clínica Odontológica. 1 ed. Curitiba: Appris; 2015. p.47-64
35. Naorungroj S, Slade GD, Beck JD, Mosley TH, Gottesman RF, Alonso A, Heiss G.. Cognitive decline and oral health in middle-aged adults in the ARIC study. *Journal of Dental Research.* 2013; 92(9):795-801.
36. Ní Chróinín D, Montalto A, Jahromi S, Ingham N, Beveridge A, Foltyn P. Oral Health Status Is Associated with Common Medical comorbidities in Older Hospital Inpatients. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Aug;64(8):1696-700.
37. Niklander S, Veas L, Barrera C, Fuentes F, Chiappini G, Marshall M. Risk factors, hyposalivation and impact of xerostomia on oral health-related quality of life. *Braz Oral Res.* 2017;16(31):1-9.
38. Paganini-Hill A, White SC, Atchison KA. Dentition, dental health habits, and dementia: the Leisure World Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Aug;60(8):1556-63.
39. Papaléo Netto M, Klein EL. Demência I: epidemiologia, tipos e manifestações clínicas. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 323-38.
40. Park H. et al. Tooth loss may predict poor cognitive function in community-dwelling adults without dementia or stroke: the PRESENT project. *Journal of Korean Medical Science.* 2013; 28(10):1518-21.
41. Pearson A, Chalmers J. Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JB Libr Syst Rev.* 2004;2(3):1-89.
42. Pellissari CV, Pavarina AC, Bagnato VS, Mima EG, Vergani CE, Jorge JH. Cytotoxicity of antimicrobial photodynamic inactivation on epithelial cells when co-cultured with *Candida albicans*. *Photochem Photobiol Sci.* 2016 May 11;15(5):682-90.

43. Ribeira S., Ramos C, Sá L. Initial assessment of dementia. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2004;20:569–77.
44. Rolim TS, Fabri GMC, Nitrini R, Anghinah R, Teixeira MJ, Siqueira JTT, Cesari JAF. Evaluation of patients with Alzheimer’s disease before and after dental treatment. *Arq Neuropsiquiatr* 2014;72(12):919-24.
45. Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017 Apr; 148(4):236-45.
46. Saito, Y. et al. Cognitive function and number of teeth in a community-dwelling population in Japan. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Jun;12(1):1-6.
47. Salles MM, Badaró MM, Leite VMF, Silva CHL, Watanabe E, Oliveira VC, Paranhos HFO. Antimicrobial activity of complete denture cleanser solutions based on sodium hypochlorite and *Ricinus communis* – a randomized clinical study. *J Appl Oral Sci*. 2015;23(6):637-42.
48. Shimazaki, Y. Shimazaki Y, Soh I, Saito T, Yamashita Y, Koga T, Miyazaki H, Takehara T. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. *J Dent Res*. 2001 Jan;80(1):340-5.
49. Silva MM, Mima EGO, Colombo AL, Sanitá PV, Jorge JH, Massucato EMS, Vergani CE. Comparison of denture microwave disinfection and conventional antifungal therapy in the treatment of denture stomatitis: a randomized clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(4):469-79.
50. Siqueira SRDT. Evaluation of patients with Alzheimer’s disease before and after dental treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72(12):919-24.
51. Syrjälä AM, Ylöstalo P, Ruoppi P, Komulainen K, Hartikainen S, Sulkava R, Knuutila M. Dementia and oral health among subjects aged 75years or older. *Gerodontology* 2012 Mar;29(1):36-42.
52. Tibério D, Campanha AL, Ramos LR. Biofilme dentário: desafio na odontogeriatria. *Perionews*. 2009;3(4): 299-304.
53. Valle EA. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(4):918-26.
54. Ventura M, Bottino CM. Estudo de confiabilidade da versão em português de uma entrevista estruturada para o diagnóstico de demência. *Rev Ass Med Brasil* 2001; 47(2): 110-6.
55. Warren, J. L. et al. Oral health of persons with and without dementia attending a geriatric clinic. *Special Care in Dentistry*. 1997;17(2):47-53.
56. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of *Candida*-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology*. 2005 Sep; 22(3):168-76.
57. Whittle, J. G. et al. The dental health of the elderly mentally ill: a preliminary report. *British Dental Journal*. 1987;62(10):381-3.
58. Wilson R, Rochon E, Mihailidis A, Leonard C. Quantitative analysis of formal caregivers’ use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer’s disease during oral care. *J Commun Disord*. 2013 May-Jun;46(3):249-63.
59. Yuan-Zheng S, Lin C. Therapeutic efficacy observation on acupuncture for primary xerostomia. *J Acupunct Tuina Sci*. 2012;10(3):169-73.
60. Zellmer M, Gahnberg L, Ramberg P. Prevalence of halitosis in elderly living in nursing homes. *Int J Dent Hyg*. 2016 Nov;14(4):295-300.



61. Zenthöfer A, Cabrera T, Rammelsberg P, Hassel AJ. Improving oral health of institutionalized older people with diagnosed dementia. *Aging Ment Health*. 2016; 20(3): 303-8.
62. Zimmerman S, Sloane PD, Cohen LW, Barrick AL. Changing the culture of mouth care: mouth care without a battle. *Gerontologist*. 2014 Feb;54(1):S25-34.