

Diretrizes e desafios no atendimento odontológico de pacientes com Alzheimer em estágio avançado

Guidelines and challenges in the dental care of patients with advanced Alzheimer's disease

Alexandre Franco Miranda¹, Christina Rosa da Costa², Eric Jacomino Franco³, Vicente Paulo Alves⁴, Fernando Luiz Brunetti Montenegro⁵

Resumo

A Doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por uma progressiva deterioração cognitiva, afetando a memória, fala, raciocínio, atenção e a marcha. Causa apatia, depressão, ansiedade, agressividade, desorientação profunda, incontinência urinária e fecal, contribuindo para uma gradativa dependência total. O comprometimento da função motora e cognitiva contribui para que sejam considerados um grupo de risco em relação ao desenvolvimento de doenças bucais e, à medida que a doença evolui, contribui para interferência na saúde sistêmica. Vários aspectos devem ser levados em consideração durante o manejo clínico-odontológico de um idoso com DA pois constitui um desafio no atendimento e manejo clínico, tornando-se de fundamental importância o conhecimento das necessidades e dificuldades do idoso, cuidador e familiares para uma melhor compreensão das manifestações sistêmicas e problemas na cavidade oral. O presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, abordar o contexto do atendimento odontológico de pacientes com Alzheimer na fase avançada. Concluiu-se que é necessário que o cirurgião-dentista compreenda a específica fase da demência, para que esses idosos possam ser submetidos a tratamentos dignos e adequados, além de medidas educativas aos familiares e cuidadores em relação à promoção de saúde bucal.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Odontologia Geriátrica; Assistência Odontológica para Idosos; Assistência Domiciliar.

1. Docente, Universidade Católica de Brasília (UCB) - curso de Odontologia e Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Pós- Doutorando em Odontologia Social (FOUSP) e Odontologia (CPO SL Mandic); Doutor e Mestre em Ciências da Saúde (UnB).

2. Cirurgiã dentista graduada na Universidade Católica de Brasília.

3. Coordenador do Curso de Odontologia e Professor das disciplinas de Periodontia e Clínica Integrada – UCB, Doutor em Ciências Genômicas e Biotecnologia (UCB) e Mestre em Periodontia (FOB).

4. Coordenador e Professor do Programa de Pós- Graduação (Mestrado e Doutorado) em Gerontologia – UCB, Doutor em Ciências da Religião – UMESP e Mestre em Teologia Dogmática - Pontificia Universitas Gregoriana.

5. Coordenador e Professor do curso de Especialização em Odontogeriatria (ABENO); Doutor e Mestre em Odontologia (Prótese Dentária) – USP; Autor o livro: Odontogeriatria – Uma Visão Gerontológica, Editora Elsevier, 2013.

E-mail do primeiro autor: alexandrefmiranda@gmail.com

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is a progressive cognitive deterioration that affects individuals' memory, speech, reasoning, attention and walking abilities. In addition, it leads to apathy, depression, anxiety, aggressiveness, deep disorientation, as well as to urinary and fecal incontinence, besides gradually leading patients towards total dependence on third parties. The impairment of motor and cognitive functions turns these patients into a risk group for the development of oral diseases, besides affecting their systemic health as the disease progresses. Several aspects should be taken into consideration during the clinical-dental management of elderly AD patients, since the disease poses challenges to their clinical care and management. Thus, caregivers and family members should be aware of the needs and difficulties faced by elderly individuals in order to better understand the systemic manifestations and oral cavity issues affecting this population. The aim of the present study is to address the dental care given to advanced Alzheimer's disease patients based on a literature review. It was possible concluding that dental surgeons should understand the specific phases of dementia to assure appropriate and humane treatments to elderly patients, as well as that educational measures should be taught to family members and caregivers to enable them to promote patients' oral health.

Keywords: Alzheimer Disease; Geriatric Dentistry; Dental Care for Aged; Home Nursing.

Introdução

O envelhecimento está relacionado a alterações fisiológicas que ocorrem ao longo do tempo de forma insidiosa e contribui para a deterioração do organismo, podendo estar associado ao declínio senso-motor, comorbidade e poli farmácia. O aumento da expectativa de vida, juntamente com a queda na taxa de fecundidade, proporciona o crescimento acelerado no número de idosos no mundo, a destacar o Brasil ¹.

A específica condição demográfica, contribui para o aumento da prevalência de doenças como diabetes, artrites, nefropatias cardiopatias e doenças neurodegenerativas ¹.

A demência representa a maior a prevalência nas desordens neurodegenerativas e estima-se que haja cerca de 44 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e que este número irá dobrar até 2030 ².

A Doença de Alzheimer (DA) afeta cerca de 40% das pessoas acima de 80 anos e caracteriza-se por uma progressiva deterioração cognitiva; afetando a memória, fala, raciocínio, atenção e a marcha. Causa apatia, depressão, ansiedade, agressividade, desorientação profunda, incontinência urinária e fecal e leva gradativamente à dependência total e aos poucos, ao coma e à morte devido a repercussões sistêmicas ³.

A fase final da DA tem duração média de 6 a 10 anos e a deterioração cognitiva é

inevitável³. Ocorre a destruição gradativa do hipocampo, contribuindo para promover a incapacidade de executar tarefas rotineiras simples como uma correta higienização bucal. Uma parte significativa do tecido nervoso pode sofrer necrose, o que explica as alterações comportamentais como agitação e perda da noção espaço-tempo^{4,5}.

O córtex cerebral apresenta-se degenerado e afeta a capacidade crítica e de julgamento, incapacita a execução de tarefas simples como andar, ficar de pé ou até mesmo deglutir (apraxia), a agnosia (incapacidade de reconhecer estímulos visuais familiares) e problemas de memória^{4,5}.

Nesta fase, ocorrem crises emocionais e o discurso torna-se incompreensível ou ausente. A perda gradativa na função motora e cognitiva contribui para que sejam considerados um grupo de risco em relação ao desenvolvimento de doenças bucais à medida que a doença evolui^{1,4,5}.

A incapacidade de manter os cuidados pessoais por parte do idoso frágil pode levar ao declínio na saúde bucal, causando problemas periodontais, níveis aumentados de recessão gengival, cáries, saburra lingual, lesões bucais (fúngicas, traumáticas) e dificuldades em usar a prótese corretamente. Esses pacientes necessitam de estratégias de atendimento, manejo e adaptação profissional específicos para que a manutenção da saúde bucal com qualidade³.

Na fase final da demência o tratamento deve estar baseado na interdisciplinaridade, ou seja, planejados com familiares e profissionais da saúde envolvidos no tratamento, de forma paliativa e minimamente invasiva, na prevenção e manutenção do bem-estar^{4,5}.

As prioridades odontológicas são a eliminação da dor, focos infecciosos e prevenção de novas doenças, especialmente nos casos em que o paciente se encontra acamado, dependente, incapacitado, em ambiente domiciliar ou hospitalar, como nas unidades de terapia intensiva (UTIs) ou casas de repouso que não possuem acompanhamento odontológico^{4,5}.

A efetiva presença do cuidador e familiares é imprescindível, pois contribuem nas atividades preventivas e clínicas, fornecendo informações importantes com relação ao comportamento do idoso durante o atendimento e rotinas^{1,4}.

Recomenda-se, nessa fase da DA, o atendimento odontológico domiciliar, em que ocorre uma maior interação entre o paciente, família e profissionais da saúde. Devido à condição de fragilidade, tratamentos complexos e demorados devem ser evitados nessa fase e o uso de prótese é questionável^{3,4}.

Nos casos em que existem altos níveis de comprometimento neurológico e comportamental, o tratamento se torna muito difícil em nível ambulatorial ou domiciliar, sendo a indicação de sedação intravenosa e/ou

anestesia geral se faz necessária em ambiente hospitalar^{2, 6, 7, 13}.

É considerado uma fase da demência que se mostra como fator de risco importante no pós-operatório para complicações pulmonares, por isso a importância da avaliação respiratória e cardiológica (pré-operatória) e dos riscos e benefícios das ações odontológicas^{2, 6, 7, 13}.

Vários aspectos devem ser levados em consideração durante o manejo clínico-odontológico de um idoso com Doença de Alzheimer em estágio avançado. Constitui um desafio do atendimento, tornando-se de fundamental importância o conhecimento das necessidades e dificuldades do paciente, cuidador e familiares para uma melhor compreensão das manifestações sistêmicas e problemas na cavidade oral.

O presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão da literatura, abordar o contexto odontológico direcionado a pacientes com Alzheimer em estágio avançado. Foi feita uma busca bibliográfica nas bases de dados Pubmed, SciELO, Google acadêmico, Livros sobre o tema.

Foram utilizadas as palavras chaves: Doença de Alzheimer, Odontologia Geriátrica, Assistência Odontológica para Idosos, Assistência Domiciliar, entre o período de 2003 a 2017, totalizando 26 referências entre artigos indexados e leis sobre o específico tema.

Revisão de Literatura

O atendimento odontológico dos pacientes idosos na fase avançada da DA é imperativo e deve ser feito de forma personalizada, levando em consideração aspectos clínicos, sistêmicos familiares, e associados à doença^{4,8,9}.

As medicações usadas para o tratamento dos sinais e sintomas da demência, devido as suas interações, podem causar efeitos colaterais como a xerostomia (sensação de boca seca), glossite, hipotensão postural, hipertrofia gengival, discinesia tardia, diminuição do fluxo salivar, entre outros^{4,8,9,10}.

Conhecer os fármacos utilizados por pessoas portadoras de DA e seus efeitos colaterais é fundamental para que a saúde e bem-estar do idoso não sejam comprometidos e o tratamento odontológico seja feito com segurança e tranquilidade^{4,8,9,10}.

Para abordagem dos sintomas comportamentais podem ser associados ao tratamento antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes. Tais medicamentos podem causar xerostomia, hipertrofia gengival, ulcerações orais, eritema multiforme, perda do paladar, aumento de hemorragia gengival, tonturas, hipotensão ortostática, discinesia tardia, visão turva e sintomas extrapiramidais. Sua necessidade deverá ser avaliada de forma cuidadosa pelo médico responsável, considerando seus benefícios e limitações^{4, 13, 17, 19}.

A interação farmacológica com epinefrina, levonordefrina e corbadrina, pode causar e potencializar a estimulação cardiovascular devido ao bloqueio da recaptação dos vasoconstritores provocado por antidepressivos como Venlafaxina. Sendo contraindicado com Nora-epinefrina ¹³. Recomenda-se o uso de Anestésico Local contendo epinefrina em doses não superiores a 0,05 miligramas (o equivalente a três cartuchos de 1: 100,000 epinefrina) e aspiração positiva cuidadosa ¹⁹.

O uso concomitante com barbitúricos, benzodiazepínicos e analgésicos opióides podem ter seus efeitos potencializados devido a depressão do SNC. Esses medicamentos devem ser utilizados com cautela e em doses mínimas ^{13, 19}.

Xerostomia é uma alteração do fluxo salivar e das glândulas salivares ou alterações na composição bioquímica da saliva. Mas em determinados casos, a mucosa da boca poderá apresentar-se seca, eritematosa, atrófica, inflamada, ou pálida e translúcida, tornando-a vulnerável a infecções, causando dor ou ardor na língua, lábios, e garganta e alterações no paladar – nesse caso é comum a sensação de gosto metálico ou amargo e a saliva apresenta-se viscosa. Pode apresentar atrofia das papilas filiformes, saburra lingual, halitose, fissuração, rachaduras, inchaço facial, cárie dental desenfreada, infecções bucais recorrentes, sangramento ou extravasamento de pus a palpação das glândulas salivares, falta de

saliva após a palpação das glândulas ou inchaço ^{8-10; 18-20}.

A hipossalivação causa a sensação de “boca seca”. A saliva tem ação protetora e lubrificante para a mucosa, além disso, promove limpeza mecânica, reduzindo o número de microrganismos e neutralizando os ácidos bacterianos, auxiliando na prevenção da desmineralização dentária e reduzindo a quantidade de biofilme dental. A redução da produção de Amilase salivar dificulta a digestão oral e deglutição do bolo Alimentar. Os Antipsicóticos, antidepressivos e calmantes podem provocar a xerostomia, tornando-a muito comum na DA ^{9, 19}.

O uso de Sialogogos de silicone destinados a estimular a produção de saliva mediante a mastigação – podem se mostrar eficiente, mas não é recomendado nessa fase da doença devido ao risco de deglutição ¹⁰.

Os tratamentos mais indicados são hidratação, lubrificação, modificações dietéticas, sialogogo farmacológico como a pilocarpina ou estímulos gustatórios como o gotejamento de frutas cítricas na língua. O tratamento deve ser feito sob orientação profissional e este último, deve ser utilizado com cautela em pacientes que apresentem irritação na mucosa bucal ^{8, 10, 20}.

A etiologia e gravidade dos problemas existentes e nível de comprometimento da doença de Alzheimer deve ser feita de maneira criteriosa afim de restabelecer a saúde oral e minimizar o risco de infecções orais

recorrentes e comprometimento sistêmico na fase avançada da DA ^{19, 20}.

Inúmeros medicamentos são capazes de alterar a morfologia e fisiologia dos tecidos periodontais. O volume gengival pode ser alterado por medicamentos como os antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes que interferem no metabolismo dos fibroblastos e do colágeno. Pode iniciar como um aumento volumétrico das papilas e evoluir para um aumento volumétrico gengival exacerbado em regiões de higiene oral deficiente, causando prejuízo para o controle do biofilme dental ^{18, 21}.

A hipertrofia gengival, nesses casos, é assintomática, senão em casos de inflamação capaz de provocar sangramento e dor. É importante ressaltar que o biofilme dental não é o agente desencadeador, está relacionada aos inúmeros medicamentos que podem ser utilizados nessa fase da DA ^{18, 21}.

Entretanto, é necessário controle efetivo e sistemático do mesmo, com inúmeras sessões de raspagem e alisamento coronaradicular para minimizar a inflamação que normalmente está associada, além de medidas preventivas direcionadas para a promoção da saúde bucal ^{18, 21}.

É recomendado que seja verificada a possibilidade, junto ao neurologista e médico geriatra responsável pelo tratamento, a substituição da medicação. A gengivectomia na fase avançada da Doença de Alzheimer, não é recomendada devido à grande recorrência da

hiperplasia gengival e suas complicações. ^{4, 18, 22, 23}.

A etiologia e gravidade dos problemas existentes e nível de comprometimento da doença deve ser feita de maneira criteriosa afim de restabelecer a saúde oral e minimizar o risco de infecções orais recorrentes e comprometimento sistêmico nessa fase avançada da DA ^{19, 20}.

Nessa fase, o atendimento odontológico é voltado para remoção de focos infecciosos e processos inflamatórios e na eliminação da dor decorrente de problemas bucais, sendo comum o aparecimento de úlceras traumáticas e dentes fraturados, normalmente causados por quedas, próteses mal adaptadas e cáries dentárias ^{4, 11}.

Contudo, o planejamento do tratamento deve ser feito de maneira investigativa e interdisciplinar na presença do cuidador e / ou responsável, que deverá concordar com o tratamento para que o mesmo possa prosseguir. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é fundamental para maior responsabilidade ética e profissional ¹².

As orientações a respeito da correta higienização bucal para o familiar/cuidador devem ser simples e de fácil compreensão, de forma a contornar as dificuldades diárias. Escovas elétricas, suporte para o fio dental, fios dentais embebidos em enxaguatório bucal, escovas interdentais, limpadores de língua e

abridores de boca auxiliam nesse processo ^{2, 13, 14}.

A higienização bucal realizada por familiares ou cuidadores devem ser bem orientadas, planejadas e direcionadas para cada caso, levando em consideração as dificuldades e especificidades de cada paciente ^{2, 13, 14}.

Os dentifrícios devem ser usados com cautela, já que o paciente pode possuir dificuldades para cuspir. É recomendado o uso de escova dental com cabeça pequena e cerdas macias, escova elétrica ou gaze molhados em enxaguatório bucal, geralmente a clorexidina a 0,12% (sob orientação profissional). Limpadores de língua, afastadores bucais e fio dental com segurador de fio também são recomendados. Salivas artificiais são recomendadas para pacientes com hipossalivação ².

Orientações a respeito de alimentação não cariogênica e o uso de géis fluoretados reduzem as possibilidades de cárie e problemas periodontais ^{2, 7}.

Para a limpeza da cavidade bucal do paciente desdentado pode-se optar pelo uso de afastador bucal, antisséptico bucal, igualmente orientado, e limpador de língua. As próteses devem ser higienizadas diariamente, fora da boca e em locais livres de queda, com escova de cerdas duras e sem dentifrícios, apenas molhadas em enxaguatório bucal. Porém, seu uso é questionável, já que próteses mal adaptadas podem ser deglutidas ou aspiradas. Próteses mal higienizadas podem funcionar

como nicho para bactérias, tornando-se um fator de risco para pneumonia aspirativa, endocardite bacteriana, entre outros ^{3, 11, 15}.

Mudanças comportamentais e expressões faciais devem ser observadas pelo cirurgião-dentista e familiares, já que, a afasia (perda da capacidade de usar a fala) é um sintoma comum da doença e impede ou dificulta a comunicação do que estão sentindo por meio de palavras, principalmente em relação à dor. Podem apresentar-se agitados, agressivos, apáticos e possuir dificuldade para se alimentar ^{5, 8, 13}.

A agnosia é uma perturbação comum na DA e se caracteriza pela deterioração da capacidade de reconhecer estímulos visuais familiares como objetos, pessoas e sons. Deste modo, a anamnese deve ser feita olhando nos olhos do paciente - mesmo que ele possua dificuldades de expressão e compreensão - para que se estabeleça uma relação de confiança entre o profissional, paciente e responsável - na tentativa de ações odontológicas mais humanizadas e éticas ^{2, 5, 8, 11}.

Pessoas com demência possuem atenção diminuída, reduzindo sua capacidade de cooperação. Neste sentido, é preciso reconhecer que pessoas com demência em fase avançada também possuem dias bons e ruins para o tratamento e, neste caso, é importante verificar a possibilidade de remarcar o atendimento, respeitando a individualidade do idoso frágil ^{2, 4, 11}.

As sessões de tratamento devem ter um horário reduzido, sendo preferencialmente de – no máximo – 40 minutos. As condutas devem ser minimamente invasivas, adotando medidas clínicas de mínima intervenção como ação restauradora atraumática (ART) ionômero de vidro, aplicação de verniz de flúor e medidas profiláticas^{2, 4, 11}.

Um ambiente muito estimulante ou barulhento pode causar desorientação. É importante ter boa iluminação, aumentando os níveis de luz e reduzindo o brilho. A redução do ruído, estímulos visuais e revestimento da parede fosco podem minimizar o desconforto. Contudo, o cirurgião-dentista deve estar preparado para atender em domicílio^{3, 11}.

A deglutição prejudicada é uma característica comum na fase avançada da DA, aumentando os riscos de aspiração. Nesse sentido, é recomendado que o paciente seja mantido em posição ereta ou em 45° (graus) e deve-se ter cautela ao usar a seringa de ar/água, restringindo seu uso quando for possível, de modo que os fluidos não sejam deglutidos pelo paciente^{3, 11}.

A indicação de medicamentos sedativos deve levar em consideração o nível de comprometimento das vias aéreas do paciente pois podem enfraquecer seus reflexos, aumentando o risco de aspiração. Nesse caso, o atendimento deve ser feito em ambiente hospitalar e / ou consultório (se possível) sob constante monitoramento do médico anestesista^{3, 11}.

Nessa fase, é comum que o paciente se encontre acamado ou tenha grandes dificuldades para locomoção e necessite que os procedimentos odontológicos sejam realizados sob estratégia farmacológica ansiolítica, como por exemplo a utilização de benzodiazepínicos. O planejamento deve ser realizado juntamente com o médico, outros profissionais e família^{6, 11, 13}.

O tratamento realizado sob anestesia geral pode ser considerado, no entanto, os riscos devem ser pesados com o benefício do tratamento devido às alterações pulmonares e cardiológicas fisiológicas em pacientes geriátricos^{6, 11}.

Existe a necessidade de capacitação do cirurgião-dentista no atendimento a esses idosos na fase avançada da Doença de Alzheimer^{3, 8}.

Discussão

Diversos estudos^{3, 7, 11, 12} demonstram o despreparo dos cuidadores e familiares frente à realização de procedimentos referentes à manutenção da saúde bucal do paciente com Alzheimer em fase avançada. Verifica-se a necessidade do cirurgião-dentista envolvido em todo o contexto de atenção ao paciente, orientando e adaptando técnicas de higiene bucal de acordo com a necessidade de cada paciente.

É importante lembrar que o paciente com demência pode possuir as mesmas

ansiedades e medos em relação aos cuidados dentários que o resto da população ²⁵.

O medo e o estresse também podem ser minimizados através de uma conduta odontológica baseada no apoio e na confiança do paciente para com o profissional que podem ser repassados até mesmo através do olhar, explicando para o paciente o que será feito de forma simples e objetiva e limitando o uso da máscara, em alguns casos, mesmo quando o paciente parece não compreender, ganhando assim sua confiança ^{13, 25}.

O estímulo a lembranças através de músicas e recursos audiovisuais, assim como a presença de cuidador ou familiar da confiança do idoso com DA são considerados importantes mecanismos de manejo e adaptação profissional no atendimento odontológico de pacientes nesse nível evolutivo da doença ^{8,11,13, 25}.

Sabe-se da relação de focos de infecção dentários com a repercussão sistêmica, sendo assim, o cirurgião-dentista, assim como os familiares e cuidadores possuem um importante papel no atendimento odontológico, principalmente no caráter preventivo ^{7, 11, 12}.

Indivíduos portadores da DA apresentam maiores problemas orais em relação aos indivíduos sem demência, cabendo ao cirurgião dentista prever e evitar que o declínio da saúde oral dos pacientes com essa doença, adotando medidas preventivas ⁷.

O acompanhamento odontológico deve ser periódico já que esses pacientes perdem a capacidade de se preocupar com a própria saúde bucal e de expressar dor e desconforto ^{3, 4, 11, 13}.

A idade avançada constitui fator de risco para complicações pulmonares no pós-operatório mesmo na ausência de pneumopatia. Deve haver preocupação com adequada avaliação pré-operatória da função respiratória, apropriado manuseio anestésico e cuidados pós-operatórios específicos ^{4, 6, 13}.

Frente à gravidade da doença e ao seu avanço gradativo, surge a necessidade de capacitação e conhecimento por parte do cirurgião dentista para atuar em domicílio ou em nível hospitalar³.

Em consonância com esse tema, está o atendimento domiciliar nesse nível evolutivo da doença, e no Brasil, a inserção de profissionais da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família – ESF – tem se mostrado uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade de vida devido ao número expressivo de idosos que dependem do Sistema Único de Saúde – SUS ²⁶.

Conclusão

O cirurgião dentista deve estar preparado para atender a população idosa de forma individualizada e humanizada, especialmente nos casos mais complexos, como na Doença de Alzheimer em estágio avançado, que exigem conhecimento prévio da

demência, planejamentos e condutas interdisciplinares, estando atento às necessidades de atendimento em consultório, domiciliar e hospitalar.

A compreensão da fase avançada da doença de Alzheimer é fundamental para que esses pacientes possam ser submetidos a tratamentos odontológicos mais adequados. A relação que é estabelecida entre o cirurgião-dentista, equipe de saúde e cuidador ou familiar influencia diretamente no resultado do tratamento.

Referências

1. Lanker AV, Verhaeghe S, Hecke AV, Vanderwee K, Gossens J, Beeckman. The association between malnutrition and oral health status in elderly in longterm facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 2012;42(12):1568–1581.
2. Fonseca SC, Dias MHMS, Atendimento de pacientes com doença de Alzheimer na clínica odontológica: desafios e diretrizes. *Ger. Gerontol*, 2011; 5(1):34–9.
3. Miranda MPAF, Miranda AF, Negrini ELL, Leal SC, Doença de Alzheimer: Características e orientações em odontologia. *RGO*, 2010;58:103–7.
4. Santiago E, Simões RJP, Pereira JAL, A saúde Oral na Doença de Alzheimer, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, 2008; 22(6):189–93.
5. Hatipoglu MG, Kabay SC, Guven G, The clinical evaluation of the oral status in Alzheimer-type dementia patients, *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S. Gerodontology*, 2011;28:302–6.
6. Fernandes CR, Ruiz Neto PP, O Sistema Respiratório e o Idoso: Implicações Anestésicas. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 2002; 52(4):461–470.
7. Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, et al. Odontogeriatrics and the disease of Alzheimer. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, Universidade Federal da Paraíba, 2006; 6(2):207–212.
8. Ortega-Martínez J, Cedeño-Salazar R, Requena C, Tost M & Lluch A. Alzheimer's disease: oral manifestations, treatment and preventive measures. *Journal of Oral Research*, 2014;3(3):184–9.
9. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglion, C, et al. Odontogeriatrics – a buccal health in the Third age. *RFO*, 2008;13(2):82–6.
10. Navazesh M. Salivary Gland Dysfunction and Xerostomia. University of Southern California, CA, 2017;89–94.
11. Namara GM, Millwood J, Rooney YM, Bennett K, Forget me not – the role of the general dental practitioner in dementia awareness. *British Dental Journal*, 2014;217(5):245–8.
12. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update*, 2004; 31(5):273–8.
13. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM. Alzheimer's disease Psychopathology, medical management and dental implications, 2006;137(9):1240–51.
14. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção da saúde bucal, In: *Interface – Comunicação, saúde e educação*, 2007;11(21):537–46.
15. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ, Oral diseases and conditions in community-living older adults with and without dementia. *Spec Care Dentist*, 2003; 23(1): 7-17.

16. Pai MC, Aref H, Bassil N, Kandiah N, Lee JH, Srinivasan AV, diTommaso S, Yuxsel O, Real-world evaluation of compliance and preference in Alzheimer's disease treatment. *Clin Interv Aging*, 2015; 3(10):1779–87.
17. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease, *International Psychogeriatrics*, 2010;22 (3):346–72.
18. Ferreira APM, Castro AKP, Lima EA, Marques IS, Oliveira KMS, Maciel RS, Bezerra MA, Doença de Alzheimer. Centro Universitário Católica de Quixadá, Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, 2016; 2(2):1–8.
19. Amaral SM, Miranda AMMA, Pires FR. Reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na Estomatologia. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2009;66(1):41–53.
20. Ichikawa K, Sakuma S, Yoshihara A, Miyazaki H, Funayama S, Ito K, Igarashi A. Relationships between the amount of saliva and medications in elderly individuals. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology*, 2011;28:116–20.
21. Mohammed AA. Update knowledge of dry mouth- A guideline for dentists, Department of restorative dental sciences, Al-Farabi College of dentistry and nursing. *African Health Sciences*, 2014;14(3):736–42.
22. Loureiro CCS, Adde CA, Perez FEG. et al. Efeitos adversos de medicamentos tópicos e sistêmicos na mucosa bucal. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2004;70(1):106–111.
23. Gusmão ES, Cimões R, Coelho RS, Milhomens Filho JA, Santos RL, Sales GCF. Diagnóstico e tratamento do aumento gengival induzido por drogas. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, 2009; 9(1):59–66.
24. Guimarães Junior J. Hiperplasia gengival medicamentosa – Parte I. *J. epilepsy clin. Neurophysiol*, 2007;13(1):33–36.
25. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V. Guidelines for the development of local standards of oral health care for people with dementia. *British Society for Disability and Oral Health, Gerodontology*, 2006;23(1):5–32.
26. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização de atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Biblioteca Virtual de Saúde; 2011 [acesso em 31 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>