

SAÚDE BUCAL EM IDOSOS COM ALZHEIMER

AUTORES

Laila Scotti EDUARDO

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos– UNILAGO

Thais da Costa VINHA

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

Apesar dos notáveis desenvolvimentos científicos e tecnológicos que afetam os cuidados aos idosos, os beneficiários no campo da odontologia são relativamente poucos. Em termos de saúde oral, com a idade, o nível de higiene oral diminui e a ocorrência de doenças da cavidade oral aumenta. Sob essa perspectiva o presente trabalho tem como objetivo entender a importância da manutenção da saúde bucal para o envelhecimento saudável. Para tanto foram realizadas pesquisas na Lilacs, Pubmed, Scielo além dos autores que esclarecem sobre o envelhecimento populacional merecendo destaque a saúde bucal em idosos com Alzheimer, a forma como a doença se apresenta e como o diagnóstico precoce retarda a evolução e controla melhor os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida para o idoso e sua família. Neste sentido, qualquer política destinada aos idosos deve levar em consideração a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação e incentivar, especialmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.

PALAVRAS - CHAVE

Saúde Bucal, Idosos, Alzheimer.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, realidade demográfica brasileira, é atualmente reconhecido como um dos maiores desafios da saúde pública, à medida que as doenças relacionadas à idade ganham mais destaque. Os serviços de saúde devem se posicionar junto à sociedade como um todo para atender de forma qualificada as necessidades dessa população (COSTA & VERAS, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que no mundo, existam cerca de 35,6 milhões de pessoas com a doença de Alzheimer (DA) e no Brasil a estimativa é de aproximadamente 1,2 milhão de pessoas. Quadro que pode quadruplicar até 2050. Segundo a médica, neurologista, Heline Bessa Araújo, a maior parte destes casos ainda não foi diagnosticado e uma das principais razões para esse atraso no diagnóstico é se atribuir erroneamente muitas das manifestações iniciais da doença de Alzheimer ao processo de envelhecimento natural (ALMEIDA, 2022)

Nesse contexto, a saúde bucal da população idosa torna-se um problema. Apesar dos notáveis desenvolvimentos científicos e tecnológicos que afetam os cuidados aos idosos, os beneficiários no campo da odontologia são relativamente poucos. A proporção de idosos é aumentada em ritmo acelerado, enquanto seu cuidado ainda é negligenciado (MELLO; ERDMNN; CAETANO, 2008).

Em termos de saúde oral, com a idade, o nível de higiene oral diminui e a ocorrência de doenças da cavidade oral aumenta. Habilidade motora diminuída, baixa autoestima, falta estimulação para realizar a higiene bucal ou a incapacidade de realizar a própria higiene devido a doenças crônico-degenerativas tornam o idoso uma pessoa vulnerável em termos de desenvolvimento doenças bucais. Com expectativa de vida aumentando e a presença de mais dentes, a manutenção da população idosa sem apoio está levando a novos e graves problemas de saúde. Esta situação está levando a uma demanda crescente por cuidados de saúde bucal, as expectativas de cuidados estão sendo reforçadas à medida que os idosos, suas famílias e profissionais de saúde entendem a importância da saúde bucal para o envelhecimento saudável (PETERSEN & YAMAMOTO, 2003).

É o caso do Brasil, onde, ao lado da precária situação de saúde bucal da população idosa, há indícios de um crescente grupo de responsabilidade, mais frágil, portanto, a saúde bucal deve ser parte integrante e articulada do sistema integrado de saúde para idosos e especialmente para pessoas com deficiências cognitivas (MELLO; ERDAMNN; CAETANO, 2008).

Além disso, a saúde bucal nem sempre foi prioridade nas intervenções de saúde. As doenças que afetam a saúde bucal, e em particular a saúde bucal de idosos, resultam de determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais, comportamentais e institucionais que definem o tipo, extensão e gravidade da doença bucal, ou seja, os respectivos epidemiológicos padronizar. Nesse sentido, a literatura levanta algumas questões e dúvidas sobre a prática atual de saúde bucal em idosos na expectativa de que acessibilidade, resolatividade e qualidade sejam ampliados (NARVAI; FRAZAO; RONCALLI, 2006).

Em geral, as doenças que acometem os idosos são diversas e crônicas, duram anos e requerem acompanhamento, cuidados constantes, permanentes, medicação contínua e exames regulares. Neste sentido, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o século que se inicia (COSTA e VERAS, 2003).

Entre as doenças crônicas, atualmente merecem destaque os casos de Alzheimer, que, dentre as demências, é considerada a mais prevalente, equivalendo a cerca de 50% a 60% dos casos (HERRERA, 1998; NITRINI, 2012). O seu diagnóstico é baseado em história clínica sugestiva, utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem, permitindo finalmente, em vida, o diagnóstico mais próximo do correto que é de "doença de Alzheimer provável" (ENGELHARDT, 2005).

Conforme enfatizam os autores abaixo, demência é um dos maiores desafios de saúde pública. Estima-se que existam 44 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e esse número deve dobrar até 2030. Demência é uma síndrome de comprometimento cognitivo e comportamental, severo o suficiente para interferir com as atividades de vida diária e a qualidade de vida. Existem cerca de 70 doenças que podem causar demência; entretanto, nem todas são progressivas. As demências ocorrem primariamente em fases mais tardias da vida, com uma prevalência de 1% aos 60 anos, dobrando a cada 5 anos até atingir 30% a 50% aos 85 anos (OKAMOTO & BERTOLUCCI, 1998)

O objetivo desse trabalho foi evidenciar a importância da manutenção da saúde bucal para o envelhecimento saudável, compreendendo o processo de envelhecimento populacional e a aplicabilidade de políticas Públicas de Saúde do país em relação aos idosos considerando a saúde bucal como parte integrante do sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura bibliográfica baseada na busca de artigos científicos indexados nas seguintes bases de dados: LILACS, Pubmed, e biblioteca Scielo no período de janeiro a maio de 2022. Foram utilizados descritores controlados e não controlados para a busca sendo utilizados para esta busca a seguintes descritores: Doença de Alzheimer, Higiene Oral dos Idosos, Aspectos do Envelhecimento, Saúde Pública e Envelhecimento, entre outros. A ampliação do conhecimento do processo de envelhecimento populacional, possibilita compreender que o cuidar não é apenas como se fosse uma tarefa a ser executada, tem um sentido mais amplo, como um cuidado por meio do relacionamento com o outro, com uma expressão de interesse e carinho.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. Esclarece o autor ainda que, o envelhecimento da população brasileira já é uma realidade, no entanto o fato de mais pessoas chegarem à terceira idade não implica melhoras nas condições de saúde. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, o processo de envelhecimento traz consigo, além do aumento das doenças crônicas, problemas, como a desnutrição e doenças infecciosas, representando grandes gastos à saúde (VERAS, 2009).

No que diz respeito ao estado nutricional, a saúde bucal representa um fator importante, sobretudo para a promoção de saúde em idosos. A baixa capacidade mastigatória pode representar um fator que afeta a saúde geral do indivíduo (MARCIAS, 2008).

As doenças bucais podem afetar a vida dos idosos de inúmeras maneiras: na saúde geral, na saúde bucal, na participação social e nas habilidades de comunicação. A saída para manter o status de saúde dos idosos é investir em programas de promoção que não envolvam somente a saúde bucal, mas também se considerem as condições sistêmicas (CHALMERS, 2003).

Segundo Starr (2010), viver mais implica no declínio fisiológico das funções orgânicas e, em razão disso, uma maior probabilidade de surgimento de doenças crônicas, incapacitantes e involutivas, que podem comprometer a autonomia das pessoas. Um exemplo típico são as síndromes demenciais, cuja prevalência cresce com a idade, embora não seja um componente normal do envelhecimento. As demências consistem numa síndrome cujo efeito é acometer o funcionamento cerebral. Têm natureza crônica e progressiva, comprometendo várias funções cerebrais, incluindo memória, raciocínio, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento.

Os déficits da função cognitiva são geralmente acompanhados e ocasionalmente precedidos de uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. A causa mais comum de demência é a Doença de Alzheimer respondendo por 60% a 70% dos casos, seguindo-se demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência front temporal (FARLOW, 2010).

De acordo com Pessoa et. al. (2016) o termo demência vem do latim: *de* (significa falta) e *mens* (significa mente). Foi utilizado ao longo da história para caracterizar indivíduos que apresentavam deterioração de suas funções mentais cognitivas e comportamentais. O primeiro caso descrito de Doença de Alzheimer, causa mais comum de demência, foi feito por Alois Alzheimer, em 1906. Desde então, houve não só evolução das bases conceituais, como também mudanças epidemiológicas e diagnósticas.

A doença de Alzheimer tem um curso clínico que varia entre 8 a 10 anos a partir da descoberta na fase inicial. As características individuais de cada fase da doença são determinantes para a elaboração de um plano de tratamento em saúde bucal adequado às necessidades do paciente. Neste sentido, a investigação deve ser minuciosa, por meio de anamnese completa e detalhada e o contato com o médico do paciente deve ser estabelecido desde o início (FRENKEL, 2004).

O Cirurgião Dentista deve utilizar o consentimento livre e esclarecido assinado pelo paciente, quando não-dependente. Pelos responsáveis no caso do paciente não poder assumir mais os seus atos, geralmente quando o mesmo já sofreu interdição judicial. Assim, como as demais áreas da saúde envolvidas nesse contexto, o cirurgião-dentista deve direcionar a sua atuação de acordo com as especificidades de cada paciente, em função das peculiaridades de cada fase da doença: inicial, intermediária e final (ODOM; ODOM; JOLLY, 1992).

A doença de Alzheimer responde por cerca de 60% de todas as demências, o que a torna a causa principal de demência (LOGIUDICE, 2002). Quanto ao curso clínico, apresenta-se com início insidioso e deterioração progressiva. O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude. Nos estágios iniciais, geralmente encontramos perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais. Nos estágios interm- diários, pode ocorrer afasia fluente, apresentando-se como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma idéia, e também apraxia. Nos estágios terminais, encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais.

Neste sentido percebe-se que a demência é uma síndrome clínica resultante de uma doença ou distúrbio cerebral, geralmente de natureza crônica e progressiva, na qual há um distúrbio de múltiplas funções cognitivas,

incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, aritmética, linguagem e julgamento. O comprometimento da função cognitiva geralmente é acompanhado e ocasionalmente precedido pela deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação. A demência resulta em um declínio acentuado no funcionamento intelectual e interferem nas atividades diárias, como higiene pessoal, vestir-se, comer, atividades fisiológicas e usar o banheiro CID-10 (2018).

Segundo o artigo escrito por ADI (2013), o Mal de Alzheimer pode interferir na saúde bucal principalmente no que diz respeito à higiene bucal. No início da doença, o idoso faz a higiene sozinha, nem sempre com qualidade. À medida que a doença evolui, esta higiene se torna dificultada pela não cooperação do paciente. Os portadores não são iguais, uns são agressivos, outros dóceis, uns falantes, outros calados.

Vários autores dentre eles ADAM (2006) esclarecem que, o déficit de saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionado a cárie e problemas periodontais (gingivite e periodontite) devido à deficiência no controle da placa bacteriana e à hipossalivação medicamentosa, bastante frequente. O uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, a presença de lesões de mucosa, são extremamente comuns. Infelizmente há falta de ações preventivas voltadas para promoção de saúde e adequação do meio bucal desses indivíduos.

Os pacientes com a doença de Alzheimer apresentam risco elevado de doenças bucais devido à precarização dos cuidados com a própria higiene, associada aos efeitos colaterais dos fármacos utilizados para a estabilização do quadro e diminuição dos sintomas decorrentes da evolução da doença. A saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionada a problemas periodontais (gingivite e periodontite), lesões cariosas (cárie radicular), uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, lesões de mucosa, mucosite, hipossalivação ou xerostomia, junto a falta de ações preventivas para promoção e adequação do meio bucal (RABELO et. al, 2020) .

A doença de Alzheimer é uma doença incurável que piora com o tempo, mas pode e deve ser tratada. Quase todas as vítimas são idosas. Talvez por isso a doença tenha sido incorretamente chamada de esclerose ou expiração. A doença se apresenta como demência, ou perda das funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem) causada pela morte das células cerebrais. Com o diagnóstico precoce, é possível retardar a evolução e controlar melhor os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida para o paciente e sua família (ALMEIDA, 2022).

Para o idoso com Doença de Alzheimer, é muito difícil a realização de uma higiene bucal considerada adequada e o ideal seria que os procedimentos fossem realizados pelo cuidador. Onde este passa a ser o principal fornecedor dos cuidados bucais, portanto responsável pelo planejamento desses procedimentos, inseridos num plano de cuidados bucais mais amplo, o que incluiria avaliações periódicas das condições de saúde bucal, no domicílio, bem como verificação da necessidade da consulta odontológica e viabilização para acesso ao cirurgião-dentista (SUMI et. al.; 2012).

O uso de próteses dentárias bem ajustadas por idosos com demência é um fator importante na manutenção de uma dose satisfatória de calorias diárias para esse idoso, pois permite uma nutrição adequada através do restabelecimento da capacidade de mastigação. Ainda em relação ao uso de próteses, foi demonstrado que a diminuição de funções cognitivas em idosos, leva à falta de cuidados e limpeza das próteses e consequentemente a um aumento o número de lesões mucosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O tratamento odontológico auxilia na redução das comorbidades associadas à Doença de Alzheimer e deve ser rotineiramente incluído na avaliação dos pacientes acometidos pela doença. Um estudo mostrou que após o tratamento odontológico, a frequência e intensidade da dor facial e disfunção mandibular foram reduzidas em idosos, resultando em melhora na qualidade de vida (RABELO et. al., 2020).

A escovação deve ser feita após cada refeição pelo paciente no início da doença ou pelo cuidador. A

escova deve ter cabeça pequena, borracha, cerdas macias, enxaguantes bucais são de grande valia e não devemos esquecer-nos de limpar a superfície da língua com muito cuidado, pois é muito delicada em idosos. Nos casos em que o paciente não coopera, o médico deve fazer uma avaliação medicamentosa e nestes casos é necessária a intervenção com sedação. A família e/ou cuidador precisam monitorar fatores como recusa de comida quente, mudança de hábitos alimentares ou distúrbios do sono, que podem ser indicadores de possível dor de dente. O profissional de saúde bucal deve ensinar aos familiares e cuidadores as técnicas adequadas para fornecer higiene dental e manuseio com próteses de pacientes com a patologia (WARMLING et. al., 2016; SPEZZIA, 2019).

A doença periodontal se apresenta como uma condição destrutiva e que, se não tratada, pode progredir, afetando os tecidos de suporte do dente como gengiva, ligamento periodontal e osso alveolar. Essa condição inflamatória crônica, tem origem devido a múltiplas exposições do tecido periodontal a patógenos que colonizam a região que circunda o elemento dentário (GURAV, 2014). Com isso, a doença periodontal estimula a atividade de mediadores inflamatórios como histaminas, citocinas e prostaglandinas, aumentando a sua concentração no sangue, o que pode contribuir para a manifestação de diversas doenças (TEIXEIRA et. al.; 2017).

É de competência e responsabilidade do cirurgião- dentista adequar o meio bucal, no sentido de melhorar a fisiologia do sistema estomatognático e, principalmente, orientar os próprios pacientes, cuidadores e familiares a respeito da manutenção da higiene bucal, por meio de técnicas de higienização adequada. A escova elétrica constitui um suporte técnico importante, entretanto, o seu uso depende da habilidade do cuidador e do familiar responsável (MIRANDA et.al., 2010).

O profissional da Odontologia deve buscar a aproximação com os demais profissionais de saúde, o que materializa o conceito de transdisciplinaridade. A saúde bucal precária nesses pacientes se deve a diversos fatores, seja em relação ao paciente, como as comorbidades, eventos adversos da medicação e disfunção motora e cognitiva. Em relação as políticas públicas destaca-se a importância da inclusão do cirurgião-dentista no atendimento domiciliar e a ênfase na Odontogeriatric na formação profissional (RABELO et. al, 2020).

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento prévio dos diferentes estágios da doença de Alzheimer e suas características para direcionar a atenção em saúde bucal de forma individualizada a seus pacientes. Assim como, possuir habilidades para realizar o atendimento odontológico nas diversas fases da doença. A participação dos cuidadores, familiares, além da equipe de saúde é fundamental e também necessária para a manutenção da saúde bucal desses idosos. Além disso, o cirurgião-dentista, como educador em promoção de saúde, tem papel importante na relação com a família e cuidadores do doente de Alzheimer, pois pode e deve estimulá-los e treiná-los a manter a saúde bucal, proporcionando assim, a qualidade de vida (MIRANDA et. al. 2010).

4. CONCLUSÃO

O tratamento odontológico auxilia na redução das comorbidades associadas à Doença de Alzheimer e deve ser rotineiramente incluído na avaliação dos pacientes acometidos pela doença. A higienização bucal nesses pacientes é precária, uma vez que eles perdem a capacidade de desenvolver o autocuidado, à medida que a patologia avança.

Nesse sentido, o papel desempenhado pelos familiares e pelos cuidadores é de extrema importância. Além disso, entre os recursos disponíveis para tratamento multidisciplinar nos pacientes com doença de Alzheimer, o tratamento odontológico figura com papel de destaque, em razão, principalmente, dos possíveis

episódios de sintomatologia dolorosa de origem dentária, que podem ocorrer e podem passar despercebidos, tornando bastante dificultoso o tratamento.

Fica evidente a relação entre os problemas de saúde bucal e a doença de Alzheimer. No que diz respeito a doença periodontal observa-se uma associação bidirecional entre ambas. A xerostomia, induzida pelo uso de medicações ou pela junção dos distúrbios neurológicos com a disfunção salivar, além de representar uma complicação se torna fator de risco para outros problemas bucais como cárie e lesões orais.

Neste sentido, o cirurgião dentista deve, no atendimento odontológico, proceder com uma anamnese detalhada detectando problemas sistêmicos, uso de medicamentos e demais informações pertinentes sobre a evolução do quadro de Alzheimer, a fim de realizar um correto diagnóstico e desempenhar um plano de tratamento adequado ao paciente.

Além disso, compete ao profissional da odontologia a instrução de higiene oral tanto para o paciente quanto aos cuidadores e familiares, levando em conta que quanto mais avançado o estágio da doença de Alzheimer dificilmente o paciente será capaz de desenvolver suas atividades de higiene.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, H.; PRESTON, A. J. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. **Gerodontology**. 2006.

ADI, D. T. A Doença de Alzheimer e sua Consequência na Saúde Bucal. **Odonto Magazine**, 2013.

ALMEIDA, L. **Alzheimer: Diagnóstico precoce é fundamental para melhor qualidade de vida**, 2022. Disponível em <https://newslab.com.br/alzheimer-diagnostico-precoce-e-fundamental-para-melhor-qualidade-de-vida/> 2022. Acesso em: Outubro de 2022.

CID – 10. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10**. Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas, 2018. Disponível em <http://clinicajorgejaber.com.br/novo/wp-content/uploads/2018/05/CID-10.pdf>. Acesso em: Outubro de 2022.

CHALMERS, J.M. Oral health promotion for our ageing Australian population. **Australian Dental Journal**. 2003.

COSTA, M.F; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**. 2003

ENGELHARDT, E. Tratamento da Doença de Alzheimer - recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arquivo Neuropsiquiatr**, 63, 2005.

FRENKEL H. Alzheimer's disease and oral care. **Dent Update**. 31(5), 2004.

FARLOW, M.R. **Alzheimer disease**. In: Fillit HM, Rock- wood K, Woodhouse K, organizadores. Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology. 7th Edition. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2010.

HERRERA, E. Jr., CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva. **Revista Psiquiatria Clínica**, 25, 1998.

GURAV, A. N. Alzheimer's disease and periodontitis - an elusive link. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 60, n. 2, p. 173–180, 2014.

LOGIUDICE, D. Dementia: an Update to Refresh your Memory. **Intern. Med. J.** 32:535-40, 2002.

MARCIAS, A.V.G. **Avaliação das condições de saúde bucal em idosos asilados no município de Campos**, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L; CAETANO, J.C, **Saúde Bucal do Idoso: Por uma Política Inclusiva**. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Saúde da Família**, Caderno de Atenção Básica n. 19, Brasília, DF. 2006. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: Outubro de 2022.

MIRANDA, A. F.; LIA, E. N.; LEAL, S. C.; MIRABNDA, M. P. A. F. **Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia**. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online) v.58 n.1. 2010.

NARVAI, P.C.; FRAZAO, P.; RONCALLI, A.G. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 19, n. 6, 2006.

NITRINI, R. **Epidemiologia da Doença de Alzheimer no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica, 26(5). 2012.

ODOM, J.G.; ODOM, S.S.; JOLLY, D.E. **Informed consent and the geriatric dental patient**. **Spec Care Dentist**,. 12(5), 1992.

OKAMOTO, I.H.; BERTOLUCCI, P.H.F. Exame Neuropsicológico no Diagnóstico Diferencial das Demências Primárias. **Revista Neurociências**, 6(3), 1998.

PESSOA, R.M.P.; FARIA, S.M.; MORAIS, D.; CHAGAS, M.H.N. Da Demência ao Transtorno Neuro cognitivo Maior: Aspectos Atuais. **Ciência e Saúde**, 2016.

PETERSEN, P.E; YAMAMOTO, T. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. 2003.

RABELO, R. G. et. al. A doença de Alzheimer e o Cuidado em Saúde Bucal. **Rev. Fac. Odontol**. 50(1). 2020.

STARR, J. M. **The older adult with intellectual disability**. In: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, organizadores. *Brocklehurst's Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 7th Edition. Philadelphia: Saunders, Elsevier. 2010.

SUMI, Y.; OZAWA, N.; MICHIWAKI, Y.; WASHIMI, Y.; TOBA, K. Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients. **Nihon Ronen Igakkai Zasshi**. 2012.

SPEZZIA, S. Saúde bucal e doença de Alzheimer. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 4, 2019.

TEIXEIRA, F. B.; SAITO, M.T.; MATHEUS, F. C.; PREDIGER, R.D.; YAMADA, E. S.; MAIA, C. S. F.; LIMA, R. R. Periodontitis and Alzheimer's Disease: A Possible Comorbidity between Oral Chronic Inflammatory Condition and Neuroinflammation. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 9, 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. 43 (3). 2009.

WARMLING, A. M. F.; SANTOS, S. M. A.; MELLO, A. L. S. F. Home-based oral healthcare strategies of elderly people with Alzheimer's disease. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 851–860, 2016.