

Adriane Dos Santos Rosa

Demências no idoso: Implicações sobre a saúde bucal e o
tratamento odontológico

Brasília
2015

Adriane Dos Santos Rosa

Demências no idoso: Implicações sobre a saúde bucal e o
tratamento odontológico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Odontologia da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a conclusão do curso
de Graduação em Odontologia.

Orientador: Profa. Dra. Érica Negrini Lia

Co-orientador: Profa. Dra. Liliana Vicente Melo de
Lucas Rezende

Brasília
2015

Dedico este trabalho à minha família que é meu porto seguro e aqueles que como eu, são apaixonados pela odontogeriatria e pela possibilidade de gerar melhor qualidade de vida aos idosos.

AGRADECIMENTOS

A professora Érica Negrini Lia e a professora Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende por me orientarem na elaboração deste trabalho;

A toda equipe do Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília (HUB) por despertar em mim o interesse pela geriatria/ gerontologia, me incentivando a aprofundar meus conhecimentos na área;

Aos professores do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília, por me auxiliarem na obtenção do conhecimento;

Aos meus pais César Augusto Valente de Carvalho Rosa e Aurenice Pinheiro dos Santos por acreditarem na minha capacidade e por me incentivarem a continuar aprimorando-a;

Aos meus irmãos Greyciane, César e Luciane por escutarem as minhas inúmeras arguições a respeito da construção do artigo e me incentivarem a continuar melhorando o meu trabalho;

A minha avó Carolina Valente de Miranda que despertou em mim o interesse do estudo da demência senil a fim de trazer melhor qualidade de vida ao idoso demenciado;

Aos meus tios Vespasiano de Carvalho Rosa Junior e Miriam Valente de Carvalho Rosa por terem me dado apoio e incentivo a seguir em frente, mesmo diante de inúmeras dificuldades.

EPÍGRAFE

“Tudo o que está no plano da realidade já foi sonho um dia”.

Leonardo da Vinci

RESUMO

ROSA, Adriane Dos Santos. Demências no idoso: Implicações sobre a Saúde Bucal e o tratamento odontológico. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que gera demandas específicas na área de saúde, como a necessidade de capacitação profissional adequada aos idosos. Diante das diversas doenças comuns à terceira idade, como a diabetes e a hipertensão arterial, as demências assumem grande importância em função do seu caráter progressivo e irreversível. Os quadros demenciais acarretam a perda da capacidade de autocuidado e da habilidade em realizar atividades de vida diária, incluindo a higiene bucal. Somado à dificuldade de aceitação e da realização do tratamento odontológico, conseqüentemente ocorre o declínio da saúde bucal. Faz-se, portanto, necessário o conhecimento do impacto das síndromes demenciais sobre a saúde bucal e o tratamento odontológico, por profissionais de saúde que atuam junto à geriatria e gerontologia, uma vez que o idoso necessita de cuidados de equipe multiprofissional. O objetivo deste trabalho foi realizar revisão de literatura acerca das implicações da demência senil sobre a saúde bucal, discorrer sobre especificidades do atendimento odontológico e o envolvimento de cuidadores na questão apresentada.

ABSTRACT

ROSA, Adriane dos Santos. Dementia in the elderly: Implications on oral health and dental treatment. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Population aging is a global phenomenon that generates specific demands in healthcare, as the necessity for adequate professional training to the elderly. Given to various common diseases of old age, such as diabetes and hypertension, dementia is very important in terms of its progression and irreversible nature. Dementia leads to loss of self-care capacity and ability to perform activities of daily living, including oral hygiene. In addition, the difficulty of acceptance and the completion of the dental treatment leads to the decline of the oral health. Therefore, it's necessary to know the impact of dementia on oral health and dental treatment by health care professionals, who work with geriatrics and gerontology, since elderly patients need a multidisciplinary team care. The aim of this study is a literature review of the implications of senile dementia on oral health; discuss about specificity of dental care and the involvement of caregivers in the question presented.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO.....	17
Folha de título.....	19
Resumo	20
Abstract	21
Introdução	22
Considerações finais.....	31
Referências	32
Anexos.....	36
Normas da Revista.....	36

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado na revisão de literatura:

ROSA, Adriane Dos Santos; LIA, Érica Negrini; REZENDE, Liliana Vicente Melo de Lucas. Demências no idoso: Implicações sobre a Saúde Bucal e o tratamento odontológico. Apresentado sob as normas de publicação da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

FOLHA DE TÍTULO

Demências no idoso: Implicações sobre a saúde bucal e o tratamento odontológico

Dementia in the elderly: Implications on oral health and dental treatment

Adriane Dos Santos Rosa¹

Érica Negrini Lia²

Liliana Vicente Melo de Lucas Rezende³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Associada 1, Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília (UnB).

³ Professora Adjunta 2, Departamento de Odontologia, Universidade de Brasília.

Correspondência: Profa Dra Erica Negrini Lia

Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: ericalia@unb.br / Telefone: (61) 31071803

RESUMO

ROSA, Adriane Dos Santos. Demências no idoso: Implicações sobre a Saúde Bucal e o tratamento odontológico. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que gera demandas específicas na área de saúde, como a necessidade de capacitação profissional adequada aos idosos. Diante das diversas doenças comuns à terceira idade, como a diabetes e a hipertensão arterial, as demências assumem grande importância em função do seu caráter progressivo e irreversível. Os quadros demenciais acarretam a perda da capacidade de autocuidado e da habilidade em realizar atividades de vida diária, incluindo a higiene bucal. Somado à dificuldade de aceitação e da realização do tratamento odontológico, conseqüentemente ocorre o declínio da saúde bucal. Faz-se, portanto, necessário o conhecimento do impacto das síndromes demenciais sobre a saúde bucal e o tratamento odontológico, por profissionais de saúde que atuam junto à geriatria e gerontologia, uma vez que o idoso necessita de cuidados de equipe multiprofissional. O objetivo deste trabalho foi realizar revisão de literatura acerca das implicações da demência senil sobre a saúde bucal, discorrer sobre especificidades do atendimento odontológico e o envolvimento de cuidadores na questão apresentada.

ABSTRACT

ROSA, Adriane dos Santos. Dementia in the elderly: Implications on oral health and dental treatment. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Population aging is a global phenomenon that generates specific demands in healthcare, as the necessity for adequate professional training to the elderly. Given to various common diseases of old age, such as diabetes and hypertension, dementia is very important in terms of its progression and irreversible nature. Dementia leads to loss of self-care capacity and ability to perform activities of daily living, including oral hygiene. In addition, the difficulty of acceptance and the completion of the dental treatment leads to the decline of the oral health. Therefore, it's necessary to know the impact of dementia on oral health and dental treatment by health care professionals, who work with geriatrics and gerontology, since elderly patients need a multidisciplinary team care. The aim of this study is a literature review of the implications of senile dementia on oral health; discuss about specificity of dental care and the involvement of caregivers in the question presented.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade experimenta uma infinidade de mudanças econômicas, sociais e na área de saúde, que se refletem no crescimento da população idosa¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas com demência, no ano de 2010, foi estimado em 35,6 milhões e acredita-se que esse número irá dobrar até 2030. No Brasil, pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que a população idosa, no ano de 2009, era de 23,5 milhões de pessoas. No ano de 2011 houve um aumento de 7,6% do número de idosos brasileiros em relação ao ano de 2009, contabilizando cerca de 1,8 milhão a mais de pessoas².

O envelhecimento populacional gera demandas na área de saúde, como necessidade de capacitação profissional, com a finalidade de atender de forma adequada as necessidades dos idosos. Diante das diversas doenças comuns à terceira idade, como a diabetes e a hipertensão arterial, os quadros demenciais assumem grande importância, visto que sua prevalência aumenta de forma diretamente proporcional à idade^{3,4}. A demência é um quadro progressivo e irreversível que acarreta a perda da capacidade de autocuidado e da habilidade para realizar atividades de vida diária, incluindo a dificuldade de realização da higiene bucal e da aceitação do tratamento odontológico, ocorrendo, conseqüentemente, o declínio da saúde bucal^{5,6}.

Diante dessa questão, faz-se necessário o conhecimento do impacto das síndromes demenciais sobre a saúde bucal e o tratamento odontológico, por profissionais de saúde que atuam junto à geriatria e gerontologia.

O objetivo deste trabalho foi realizar revisão de literatura acerca das implicações da demência senil sobre a saúde bucal, discorrer sobre especificidades do atendimento odontológico e o envolvimento de cuidadores na questão apresentada.

Metodologia

Foram realizadas buscas de artigos publicados nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo e Bireme, com as palavras-chave: demência, saúde bucal, avaliação oral, exame oral, dentistry, oral health, oral assessment, oral examination, elderly. Foram selecionados 33 artigos, publicados no período compreendido entre 1975 a 2015, com base no tema abordado: tratamento odontológico de idosos demenciados e seus cuidadores.

Revisão de literatura

Demência é um quadro progressivo e irreversível, caracterizado pelo declínio de uma ou mais áreas do domínio cognitivo, tais como aprendizado e memória, linguagem, função executiva, capacidade de julgamento, atenção, além de alterações motoras e do convívio social (American Psychiatric Association, 2013). Evidentemente, este quadro traz prejuízo às atividades de vida diária, que envolvem o autocuidado e tarefas como cozinhar, lavar louça, varrer a casa, atender ao telefone, escrever, locomover-se, dentre outras. Com isso, o idoso passa a depender de terceiros, que são os cuidadores, para realização das tarefas diárias, realizar a higiene pessoal, vestir-se, calçar sapatos, alimentar-se, usar o vaso sanitário, tomar banho e escovar os dentes⁷.

Os quatro quadros demenciais mais comuns são: a doença de Alzheimer, a demência vascular, demência por corpúsculos de Lewy e a demência fronto-temporal^{3,8}.

A doença de Alzheimer é caracterizada por um processo degenerativo que acomete inicialmente a região do hipocampo e posteriormente áreas corticais, ocasionando alterações cognitivas e comportamentais. De acordo com a evolução, pode ser caracterizada em três fases: leve, moderada ou grave³.

A demência vascular está associada a acidentes vasculares encefálicos, lesões tromboembólicas e isquemia crônica. As características clínicas dependem das áreas afetadas. Seu início abrupto está associado a um evento vascular ou insidioso com curso lento e progressivo, como por exemplo, em casos de hipertensão arterial sistêmica^{9,10}.

A demência por corpúsculos de Lewy compartilha sinais e sintomas da doença de Alzheimer e da doença de Parkinson, que inclui recorrentes alucinações visuais detalhadas e alterações motoras^{3,11}.

A demência fronto-temporal é uma síndrome neuropsicológica que danifica os lobos frontais e temporais

geralmente atrofiando-os, gerando déficits na memória episódica e causando alterações de personalidade, comportamento e na linguagem do indivíduo¹².

Para a elaboração do diagnóstico de demência, é necessária a avaliação objetiva da cognição e do desempenho em atividades de vida diária do indivíduo³. A avaliação cognitiva pode ser iniciada com testes de rastreio, como o mini-exame do estado mental^{3,13} e deve ser complementada por testes que avaliam diferentes componentes do funcionamento cognitivo, como por exemplo, teste de Informação-Memória-Concentração (IMC) de Blessed, CASI-S (The Cognitive Abilities Screening Instrument-ShortForm) e outros testes de avaliação da memória¹⁴. Segundo Caramelli et al. (2002), podem ser empregados também testes breves, como por exemplo os de memória (evocação tardia de listas de palavras ou de figuras), os de fluência verbal (número de animais em um minuto). Recomenda-se também a avaliação neuropsicológica detalhada, nos estágios iniciais de demência, nos quais os testes breves podem se apresentar normais ou apresentar resultado limítrofe³.

É importante ressaltar que existem outros testes para a avaliação diagnóstica que avaliam função executiva, memória, linguagem, atenção, função visual e espacial, praxias, conceituação e abstração. Além das avaliações diagnósticas, há escalas que avaliam o estágio e a intensidade da síndrome demencial e as alterações comportamentais, como por exemplo a CDR (Clinical Dementia Rating) e a CGI (Clinical Global Impression)^{8,12,14}.

Impacto da demência sobre a Saúde Bucal

O idoso demenciado apresenta risco elevado para o surgimento de doenças relacionadas à perda da saúde bucal^{15,16,17}. Múltiplos fatores estão associados, como a dificuldade ou total falta de capacidade de realização do auto cuidado, incluindo dificuldade de realização da higiene bucal; dificuldade mastigatória que leva ao consumo de dieta pastosa e cariogênica, o uso de medicamentos hipossalivantes, dentre outros^{16,18,19}.

Com a evolução progressiva da doença, o idoso desenvolve a apraxia (incapacidade de executar corretamente determinados movimentos), apatia, perda cognitiva e de memória, o que resulta em negligência com a higiene bucal e com o autocuidado. Desta forma, nas síndromes demenciais, o idoso perde a capacidade de compreensão e pode até mesmo deixar de cooperar com as práticas preventivas da saúde bucal¹⁶. Diante da incapacidade de realizar o autocuidado, é importante que o idoso receba auxílio de um terceiro, o cuidador^{7,14}.

O cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina²⁰. Para tanto, necessita ter conhecimento de todas as necessidades e particularidades do indivíduo e estar disposto a realizar tais cuidados^{1,21,22,23}.

Porém, mesmo diante da necessidade de auxílio para a realização da higiene bucal, nem sempre o idoso a recebe. O cuidado com a boca e a sua higienização é normalmente negligenciado e não é prioridade em função de sobrecarga do cuidador, falta de conhecimento e treinamento adequado para esta prática e até mesmo dificuldade de cooperação do paciente.

A dificuldade de manutenção da saúde bucal do idoso pode levar a estados precários, que resultam no aumento da prevalência da doença periodontal, cárie, acúmulo de saburra, perdas dentárias múltiplas, desadaptação de próteses, processos infecciosos agudos, dentre outros. Diante da complexidade desse quadro, a perda de peso e o agravamento de condições sistêmicas podem ocorrer em função da dificuldade mastigatória que se instala^{23,24}. Além disso, a presença de dor ou infecção odontogênica pode gerar alterações súbitas de comportamento, e deve merecer atenção, sobretudo quando o idoso perder a capacidade de comunicação²⁵.

Segundo dados publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal no ano de 2010 (SB Brasil 2010), mais de três milhões de idosos, entre 65 a 74 anos, necessitam de prótese total em ambas as arcadas e quatro milhões têm indicação do uso de

prótese parcial em ao menos uma das arcadas. Diante desse resultado, pode-se afirmar que o uso de prótese dentária faz parte da realidade dos idosos brasileiros. Lamentavelmente, boa parte dos idosos utilizam próteses antigas, desgastadas, mal adaptadas e sem funcionalidade, o que as tornam um fator indutor de lesões da mucosa bucal e aliado à deficiência mastigatória. Somado a esse quadro, é comum o déficit de higiene das próteses, decorrente do prejuízo cognitivo, associado à incapacidade de executar técnicas de higiene adequadas, a falta de auxílio de um cuidador orientado e treinado e a permanência da prótese na boca ininterruptamente, incluindo o período do sono. Esses fatores levam ao acúmulo de restos alimentares, substrato do biofilme bacteriano que se adere à superfície das próteses, responsável por lesões inflamatórias da mucosa e infecções, resultando assim na dificuldade de mastigação e dor ao alimentar-se²⁵.

Outro problema bastante comum é a diminuição do fluxo salivar, que influi diretamente sobre a saúde do idoso., A saliva é responsável pela lubrificação, tamponamento e remoção do biofilme dentário, além da proteção imunológica por imunoglobulina A. Portanto, essa traz diversas consequências, como o aumento do índice de cárie, doença periodontal, acúmulo de saburra no dorso lingual, surgimento de infecções da mucosa bucal (como por exemplo, candidose), diminuição da retenção de próteses, podendo até mesmo contribuir com a disfagia ^{5,16,25,26,27}. A diminuição do fluxo salivar pode ter diversas causas; dentre elas, a polifarmácia que é extremamente comum entre os idosos, principalmente quando o quadro demencial cursa com outras comorbidades, como a hipertensão arterial e diabetes, doenças mais prevalentes na população. O uso de medicamentos com ação anticolinérgica e a associação de diversos fármacos induz à redução do fluxo salivar^{18,28}.

Atendimento odontológico do idoso demenciado

É importante que o tratamento odontológico seja iniciado o mais rápido possível, tão logo o diagnóstico da demência seja firmado, pois com a evolução da doença, há crescente dificuldade da aceitação e da realização do atendimento¹⁶. As consultas

devem ser de curta duração e preferencialmente no período da manhã, pois nesse período, geralmente, o idoso está mais calmo e menos confuso^{29,30,31}.

O paciente idoso possui menor tonicidade muscular, que somadas às frequentes dores articulares e falta de colaboração, podem dificultar sua permanência por longos períodos na cadeira odontológica e com a boca aberta^{5,30,31}. O tratamento odontológico deve ser adequado à fase da demência e à capacidade de colaboração do paciente. O atendimento deve ser pontual e de curta duração, priorizando procedimentos que melhorem a saúde bucal do idoso^{24,25}.

O comprometimento cognitivo do idoso demenciado é um grande fator impactante para o tratamento, pois pode limitar ou impedir que o procedimento seja realizado. O procedimento odontológico, comumente, encontra-se fora da rotina do idoso e pode lhe causar estranheza e, até mesmo, deflagrar comportamentos agressivos²⁵. Podem ocorrer reações de frustração, irritação, gestos ameaçadores, choro ou agitação, principalmente quando os idosos são confrontados com circunstâncias desconhecidas ou com perguntas, instruções ou informações que não são compreendidas. Diante desse quadro, a presença do cuidador ou familiar na sala de atendimento pode contribuir para maior segurança emocional do paciente, aumentando sua capacidade de cooperação^{25,32}.

Segundo Friedlander et al. (2006), o uso da máscara de proteção descartável deve ser limitado ao ato operatório, devendo o profissional sorrir, emitir contato visual direto e gentil, assim, por meio dessas ações positivas, a consulta será mais agradável ao paciente. Além disso, deve estimular que o cuidador ou algum membro da família permaneça ao lado do paciente durante o tratamento odontológico, com a finalidade de ajudar a aliviar o estresse e a ansiedade, proporcionando distração e transmitindo tranquilidade e segurança³⁰.

Para a elaboração do plano de tratamento odontológico, deve-se levar em consideração o estágio da doença, a capacidade cognitiva do paciente, o prognóstico do quadro demencial, presença de comorbidades e os medicamentos em uso, dentre

outros fatores. É importante que o cirurgião-dentista tenha acesso e fácil comunicação aos membros da equipe de saúde que assiste o paciente. A elaboração do plano de tratamento odontológico deve ser adequada às necessidades do paciente, considerando suas limitações e objetivando primordialmente sua saúde e qualidade de vida. Deve ter como prioridade a eliminação de qualquer foco de infecção ou de qualquer fator possível determinante de dor, como por exemplo, a presença de próteses mal adaptadas que podem levar ao surgimento de lesões de mucosa, tais como hiperplasias e úlceras traumáticas^{19,32,33}.

O tratamento ideal ao idoso demenciado envolve equipe de saúde multidisciplinar, composta geralmente por médicos geriatras, neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e cirurgiões-dentistas^{16,19,32,33}. É importante que o cirurgião-dentista integre a equipe desde o início do diagnóstico da demência, visto a importância do estabelecimento da relação com os outros profissionais com a finalidade de aumentar a compreensão de todos os aspectos do paciente, adequando o tratamento às suas necessidades individuais. Além disso, há a possibilidade da implementação da abordagem preventiva em Odontologia precocemente, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida do idoso³⁰.

É imprescindível que tanto os idosos como os envolvidos em seu cuidado, sejam familiares ou contratados, recebam instrução de higiene bucal individualizada e aplicável na prática. Desta forma, o reforço da higiene de dentes e próteses, uso de fio dental, raspadores linguais e o incentivo à adoção de dieta menos cariogênica devem ser adotados^{16,30}. A utilização da escova elétrica, o uso de abridores de boca e de antissépticos bucais também podem integrar o rol de medidas implementadas quando há dificuldade de higiene bucal, e até mesmo em situações nas quais o idoso encontra-se restrito ao leito domiciliar ou hospitalar³⁰.

Outro fator importante é que, o uso de próteses pode ser contraindicado de acordo com a evolução da demência, pois o mesmo pode vir a deglutir uma prótese removível, asfixiar-se ou engasgar-se com ela²⁶.

Em casos específicos, nos quais há baixa cooperação do idoso e necessidade de realização de procedimentos odontológicos mais invasivos e demorados, pode haver a necessidade do emprego de sedação leve em nível ambulatorial ou da anestesia geral, em nível hospitalar^{17,30}. Porém, é de extrema importância que a utilização de tal prática seja discutida e avaliada em conjunto com a equipe médica que acompanha o paciente ^{17,32,33}.

Com a evolução da doença e a consequente perda progressiva da capacidade de cooperação do idoso, o cirurgião-dentista deve estar ciente do estágio de evolução da doença e adequar seu planejamento à realidade do paciente. O tratamento de um paciente demenciado deve ser realista, o planejamento deve levar em conta as necessidades do paciente, considerando a viabilidade de realização dos procedimentos em ambiente ambulatorial. A remoção de focos de dor e infecção deve ser prioritária em relação a grandes tratamentos reabilitadores.

No idoso, é bastante comum a dificuldade de adaptação a novos elementos reabilitadores, portanto é preferível sempre que possível, optar por reparos em próteses já em uso pelo paciente, ao invés da confecção de novas próteses^{25,30}.

Concluindo, a contribuição da Odontologia à saúde do idoso demenciado é inquestionável e a sua integração à equipe multidisciplinar acrescenta a possibilidade da oferta de abordagem diferenciada. Além disso, sempre que há a integração de diversos saberes da área da saúde, o resultado pode ser percebido por meio da assistência individualizada e adequada ao idoso, que atende prioritariamente a promoção e manutenção da saúde, possibilitando com que o processo de envelhecimento, ainda que acompanhado por morbidades, não comprometa profundamente a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A demência senil é um quadro progressivo e irreversível e que gera enormes impactos sobre a vida do idoso, pois cursa com comprometimento de memória, alterações cognitivas, comportamentais e comprometimento motor. Diante do quadro, instalam-se dificuldades de manutenção da saúde bucal, gerando a necessidade de integração do cirurgião-dentista à equipe multiprofissional, responsável pelos cuidados de saúde dispensados aos pacientes. Para tanto, o cirurgião-dentista deve conhecer o estado de saúde do idoso em detalhes e realizar o plano de tratamento odontológico adequado às suas necessidades, bem como instituir métodos preventivos em saúde bucal, envolvendo cuidadores e familiares, além do próprio paciente, visando primordialmente sua qualidade de vida.

Concluindo, o cirurgião dentista deve ter conhecimento das limitações do idoso demenciado e estar preparado para atender pacientes em diversos estágios de demência, de forma diferenciada, buscando conforto e melhor qualidade de vida a eles.

REFERÊNCIAS

1. Sousa BMF, Santos RL, Arcoverde C, Dourado M, Laks J. Consciência da doença na doença de Alzheimer: resultados preliminares de um estudo longitudinal. *Rev de Psiq Clín.* 2011, 38(2):57-60.
2. IBGE PNAD, 2011; Dados de envelhecimento no Brasil, Secretaria de Direitos Humanos.
3. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência. *Re Brasileira Psiquiatria* 2002.24(Supl I):7-10.
4. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 2013. 18(10):2949-2956.
5. Varjão FM. Assistência odontológica para p paciente portador da doença de Alzheimer. *Rev Odonto Ciência Fac. Odonto/PUCRS*, 2006, 21(53) 284-288.
6. Fiske J, Frenkel H, Griffiths J, Jones V British. Oral health of people with dementia *Gerodontology. Society of Gerodontology; British Society for Disability and Oral Health.* 2006. 23 (Suppl. 1): 3–32.
7. Gitto CA, Moronli MJ, TEREZHA LMYGT. The patient with Alzheimer's. disease *Quintessence Int.*2001, 32(3):221-31.
8. Santacruz KS, MD, Swagerty DMD, MPH. Early Diagnosis of Dementia. *Rev American Family Physician.* 2001 vol 63.
9. Engelhardt, E, Tocquer C, Charles A, Moreira DM, Okamoto IH, Cavalcanti JLS. Demência vascular Critérios diagnósticos e exames complementares. *Rev Neuropsychol* 2011, 5(Suppl 1):49-77
10. Araujo CLO, Nicoli JS. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira *Rev Kairós Gerontologia*, 2010.13(1), 231-44.

11. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson D, Hansen LA, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47:1113-24.
12. Gallucci NJ, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. 2005. *Rev. Psiqu. Clín.* 32 (3); 119-130.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-Mental State A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatr Res* 1990. 1975;12:189-98.
14. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghina HR. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005., v. 63, n. 3-A, p. 720-727.
15. Syrja LA, Anna-Majja H, Stalo PY, Ruoppi P, Komulainen K, Hartikainen S, Sulkava R, Knuuttila M. Dementia and oral health among subjects aged 75 years or older. *The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology* 2012; 29: 36–42.
16. Santiago E, Simões RJP, Pereira JAL. A Saúde Oral na Doença de Alzheimer. *Arquivo de Medicina* . 2008 V. 22, Nº 6 22(6):189-93.
17. Santos MM, Vilela ABA, Casotti CA, Meira SS. Autopercepção e condições de saúde bucal de idosos em uma cidade do nordeste brasileiro. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2014. V.6(2), 589-597.
18. Bulgarelli AF, Pinto IC, Junior ALR, Mañço ARX. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto. *SPREV. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2009.12(2):175-191.
19. Miranda AF, Lia EN, Leal SC, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer: características e orientações em Odontologia. *RGO.* 2010 v. 58, n.1, p. 103-107.
20. LAKS, J. *Revista Brasileira de Neurologia* 1997;33(4):201-6.
21. Henry RG. Alzheimer's disease and cognitively impaired elderly: providing dental care. *J Calif Dent Assoc.* 1999 v. 27, n. 9, p. 709-17.

22. Loisel L. Oral health and dementia: strategies and protocols. . University of Waterloo. MAREP. 2006. v. 5, n. 2, p. 1-4.
23. Dias, M H M S. A saúde bucal do idoso assistido em domicílio. 2009. São Paulo; s.n. [107]p ilus, graf.
24. Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatría e a doença de Alzheimer. Pesq Bras Odontoped Integr.2006 6(2):207-12.
25. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease Psychopathology, medical anagement and dental implications.Oral health of people with dementia. Gerodontology. 2006 23:3-32.
26. Gitto CA, Moronli MJ, TEREZHA LMYGT. The patient with Alzheimer's disease. Quintessence Int.2001 32(3):221-31.
27. Neto NS, Luft LR, Trentin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. RBCEH. 2007 v. 4, n. 1, p. 48-56.
28. Orellana MF, Lagravère MO, Boychuk DGJ, Major PW, Flores-Mir C. Prevalence of xerostomia in population-based samples: a systematic review. J Public Health Dent .2006. 66 (2): 152-8.
29. Ward-booth P. Oral surgery for the elderly. Am.J. Surg. 1997v.170, n.4, p.370-384.
30. Dias MHM, Fonseca SC. Atendimento de pacientes com doença de Alzheimer na clínica odontológica: desafios e diretrizes. Rev SBGG. 2011.5(1):34-9.
31. Barros JJ. Noções básicas de cirurgia oral para o idoso. Rev. Portal de Divulgação.2014. n.40, Ano IV, ISSN 2178-3454.
32. Miranda AF, Montenegro FLB. Atuação odontológica na doença de Alzheimer: relato de caso clínico multidisciplinar. Int J Dent.2009. 8(4):220-224.

33. Miranda AF, Montenegro FLB, Lia EN, Miranda MPAF. Demência senil (Alzheimer): intervenção odontológica multidisciplinar em nível de consultório e domiciliar. Relato de caso clínico. Rev Eap/Apod Sjc 2010(1):11-13.

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título Textos sobre Envelhecimento, fundado em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**.

CATEGORIAS DE ARTIGOS

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35).

Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e

conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

SUBMISSÃO DO ARTIGO

Os artigos devem ser submetidos de acordo com o estilo Vancouver, e devem ser observadas as orientações sobre o número de palavras, referências e descritores.

PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara

afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

ENSAIOS CLÍNICOS

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS – PEER REVIEW

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as “Instruções aos Autores” serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada.

O procedimento de avaliação por pares (*peer review*) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

CONFLITO DE INTERESSES

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor *ad hoc*.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”.
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF,

para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Forma e preparação de manuscritos

PREPARO DOS MANUSCRITOS – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. **Tabelas:** deverão ser preparadas em folhas individuais e separadas, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e sua localização no texto deve ser indicada. Preferencialmente, Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais abertas. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. **Imagens:** o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem

editáveis. **Notas de rodapé:** deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo *Vancouver*. A identificação das referências no texto,

nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos

Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. Cad Saúde Pública 2004 fev; 20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar “et al.”

Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física

Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador

Veras RP, Lourenço R, organizadores. Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. ANAIS DE CONGRESSO - RESUMOS

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. TESE E DISSERTAÇÃO

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. MATERIAL DA INTERNET

Artigo de periódico

Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL:[http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext &pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso).

Livro

Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20ap%20rova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

DOCUMENTOS

(a) Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

(b) Autorização para reprodução de tabelas e figuras
Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

Modelo da declaração

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E
TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Título do manuscrito:

1. **Declaração de responsabilidade:**

Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas,

entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo.

Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

Transferência de Direitos Autorais

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.

Conflito de interesses

Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Data, assinatura e endereço completo de **todos** os autores

Envio de manuscritos

O manuscrito poderá ser submetido *on-line* ou encaminhado à revista, no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os autores e arquivo eletrônico do manuscrito, em Word.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F -
Maracanã
20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: revistabgg@gmail.com e crderbgg@uerj.br