

MANEJO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER

DENTAL MANAGEMENT IN PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

JÉSSICA LOARA SANTOS LENCI¹, PAMELA BUENO DA SILVA¹, PRISCILLA KAROLYNE BRAVIN^{2*}

1. Acadêmico(a) do curso de graduação do curso Bacharelado em Odontologia da Instituição de Ensino Superior de Cacoal – FANORTE; 2. Professor(a) Doutor(a), Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso do curso Bacharelado em Odontologia da Instituição de Ensino Superior de Cacoal – FANORTE.

* Rua Anísio Serrão,2325, Centro, Cacoal, Rondônia, Brasil. CEP:76963-728. priscillakarolyne8@hotmail.com

Recebido em 27/10/2025. Aceito para publicação em 31/10/2025

RESUMO

O envelhecimento populacional e a crescente prevalência da Doença de Alzheimer representam um desafio complexo para a saúde pública. O Alzheimer é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete as funções cognitivas e motoras, resultando em uma acentuada deterioração da saúde bucal e impactando diretamente a qualidade de vida. A perda da autonomia para o autocuidado eleva o risco de doenças como cárie e periodontite, que podem causar dor, dificuldade de mastigação e agravar condições sistêmicas. Nesse contexto, o presente estudo tem como finalidade analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os desafios e as estratégias para o manejo odontológico de pacientes com Alzheimer, com o intuito de subsidiar a atuação de cirurgiões-dentistas e cuidadores. A metodologia adotada consistiu na realização de uma revisão integrativa, com levantamento de dados nas plataformas SciELO, LILACS, PubMed e Scopus. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 16 artigos para compor o corpo da análise. Os resultados evidenciaram que os principais desafios no atendimento são as barreiras comportamentais e cognitivas. Conclui-se que uma abordagem proativa, multidisciplinar e individualizada é fundamental para superar os desafios, controlar as doenças bucais e promover a qualidade de vida e a dignidade dessa população vulnerável.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Alzheimer; Saúde Bucal; Odontogeriatría.

ABSTRACT

Population aging and the increasing prevalence of Alzheimer's disease (AD) represent a complex challenge for public health. AD, a progressive neurodegenerative condition, impairs cognitive and motor functions, leading to marked deterioration of oral health and directly affecting quality of life. The loss of autonomy in self-care increases the risk of conditions such as dental caries and periodontitis, which can cause pain, impair mastication, and exacerbate systemic health issues. In this context, the present study aims to analyze, through an integrative literature review, the challenges and strategies related to the dental management of patients with AD, with the goal of supporting the work of dental surgeons and caregivers. The adopted methodology consisted of an integrative review, with data collected from SciELO, LILACS, PubMed, and Scopus databases. After

applying eligibility criteria, 16 articles were selected to compose the body of analysis. The results revealed that the main challenges in dental care are behavioral and cognitive barriers. It is concluded that a proactive, multidisciplinary, and individualized approach is essential to overcoming these challenges, controlling oral diseases, and promoting both quality of life and dignity for this vulnerable population.

KEYWORDS: Alzheimer's Disease; Oral Health; Geriatric Dentistry.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global consolidado e representa uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI. No Brasil, essa transição ocorre de forma acelerada, com projeções indicando que, nas próximas décadas, o número de idosos superará o de jovens, alterando profundamente a faixa etária populacional. Essa mudança impõe novas e complexas demandas aos sistemas de saúde, que precisam se adaptar ao cuidado de uma população com perfil epidemiológico cada vez mais marcado por doenças crônicas e degenerativas¹.

Associado ao envelhecimento, observa-se um aumento expressivo na prevalência de doenças neurodegenerativas, com destaque para a Doença de Alzheimer (DA). Trata-se da forma mais comum de demência em idosos, sendo uma condição progressiva e incapacitante, que compromete não apenas a memória, mas múltiplas funções cognitivas. Isso resulta na perda gradual da autonomia e da capacidade de realizar atividades da vida diária².

O declínio de funções cognitivas como memória, planejamento (função executiva) e coordenação motora (apraxia) impacta diretamente a rotina de higiene oral, como a escovação dentária e o cuidado com próteses. Com a progressão da doença, a pessoa com Alzheimer pode não apenas esquecer-se de realizar sua higiene bucal, mas também perder a habilidade para executá-la corretamente, o que favorece o desenvolvimento de cáries, doenças periodontais, dor e dificuldade de mastigação. Tais condições agravam os desafios nutricionais e comprometem a qualidade de vida. Essa realidade evidencia a importância de uma abordagem de cuidado multidisciplinar, em que a atenção odontológica esteja inserida de forma integral no

manejo da pessoa com demência².

A fisiopatologia da Doença de Alzheimer envolve a deposição de placas beta-amiloide e emaranhados neurofibrilares no cérebro, ocasionando morte neuronal e atrofia cerebral. Clinicamente, a doença evolui por estágios, iniciando com lapsos de memória leves e progredindo para fases de desorientação, dificuldades de linguagem e alterações comportamentais, como agitação e apatia. Em sua fase avançada, o paciente torna-se totalmente dependente para cuidados básicos, com comprometimentos motores e cognitivos severos³.

Nesse contexto, a saúde bucal constitui um componente fundamental, embora frequentemente negligenciado, no cuidado integral do paciente com DA. A literatura científica tem demonstrado, de forma consistente, a forte relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. A doença periodontal, por exemplo, não se limita à cavidade oral, atuando como foco inflamatório crônico, capaz de agravar quadros de diabetes, doenças cardiovasculares e aumentar o risco de pneumonia aspirativa em indivíduos vulneráveis⁴.

O paciente com Alzheimer está particularmente suscetível à deterioração da saúde bucal. O declínio cognitivo e a apraxia comprometem severamente a capacidade de realizar a própria higiene oral. Soma-se a isso a xerostomia (boca seca), efeito colateral comum de diversos medicamentos utilizados, que favorece o aparecimento de cáries, além das alterações alimentares, com dietas mais pastosas e ricas em carboidratos, que também contribuem para um ambiente bucal desfavorável⁵.

Diante desse cenário, o manejo odontológico desses pacientes apresenta alta complexidade. O ambiente clínico, com seus estímulos visuais e sonoros, pode desencadear ansiedade, agitação e recusa ao tratamento. A dificuldade de comunicação, por sua vez, impede que o paciente relate dor ou desconforto, exigindo do cirurgião-dentista uma postura atenta, empática e adaptativa, para além da aplicação de técnicas convencionais⁵.

A efetividade de qualquer plano de tratamento depende, de forma crucial, do envolvimento e da capacitação do cuidador, seja ele familiar ou profissional. É o cuidador quem assume a responsabilidade pela higiene oral diária, uma tarefa que se torna cada vez mais complexa com o avanço da doença. Além disso, é ele quem atua como elo entre o paciente e a equipe de saúde, sendo seu preparo e apoio essenciais para o êxito terapêutico⁶.

Contudo, ainda existe uma lacuna significativa na formação dos cirurgiões-dentistas para o atendimento de pacientes com necessidades especiais, sobretudo aqueles com demência. Muitos profissionais relatam insegurança para aplicar as estratégias de manejo comportamental e clínico adequadas, o que frequentemente resulta em atendimentos limitados a procedimentos emergenciais, com pouca ênfase na prevenção e na manutenção da saúde bucal⁵.

Essa problemática é agravada pela ausência de protocolos específicos e de políticas públicas que

integrem a odontologia de forma efetiva ao cuidado contínuo de pacientes com doenças neurodegenerativas. A fragmentação da assistência entre diferentes áreas da saúde muitas vezes resulta na negligência da saúde bucal, que só recebe atenção quando complicações severas e de difícil resolução já estão instaladas¹.

Portanto, a presente pesquisa se justifica pela necessidade premente de sintetizar e organizar o conhecimento científico disponível sobre o manejo odontológico do paciente com Alzheimer. Através de uma revisão da literatura, este trabalho busca preencher uma lacuna ao identificar as melhores práticas, desde as técnicas de manejo comportamental até os procedimentos clínicos mais adequados para cada estágio da doença.

Assim, esse trabalho tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, os desafios e as estratégias para o manejo odontológico de pacientes com Doença de Alzheimer, com o intuito de sintetizar as melhores práticas e subsidiar a atuação de cirurgiões-dentistas e cuidadores na promoção da saúde bucal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Com o intuito de atingir os objetivos delineados, o presente estudo foi conduzido por meio de uma revisão integrativa da literatura, abordagem metodológica que tem por finalidade reunir, sintetizar e analisar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, favorecendo sua aplicação na prática clínica⁷. Essa modalidade integrou resultados de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, contribuindo para a consolidação de evidências científicas aplicáveis à prática clínica.

A busca pelos estudos foi realizada em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais de reconhecida relevância na área da saúde: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed Central (PMC) e Scopus. Para a recuperação dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores, em português e inglês, combinados por operadores booleanos “AND” e “OR”: “Doença de Alzheimer” (Alzheimer Disease), “saúde bucal” (oral health), “assistência odontológica para idosos” (dental care for aged), “manejo odontológico” (dental management) e “cuidadores” (caregivers).

Foram incluídos artigos originais (quantitativos e qualitativos), revisões sistemáticas e integrativas, bem como diretrizes clínicas e relatos de caso, publicados entre 2010 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem direta e especificamente o manejo clínico, comportamental ou preventivo de pacientes com Doença de Alzheimer. Foram excluídos: artigos com acesso restrito, editoriais, cartas ao editor, resumos de eventos científicos, teses e monografias não publicadas em formato de artigo, bem como duplicatas entre bases de dados.

A triagem dos estudos seguiu o protocolo

PRISMA⁸, dividida em três etapas: (1) leitura dos títulos; (2) leitura dos resumos dos artigos potencialmente relevantes; e (3) leitura na íntegra dos estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram excluídos os que não atenderam aos critérios previamente definidos.

Por se tratar de uma revisão baseada em fontes secundárias já publicadas, este estudo não apresentou riscos éticos. No entanto, foram adotadas medidas rigorosas para garantir a fidelidade às informações originais, o respeito à integridade acadêmica e a ausência de plágio. Foram considerados apenas estudos que tivessem passado por avaliação ética, conforme descrito nas publicações.

A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, utilizando a técnica de Análise de Conteúdo Temática, com foco na identificação de padrões, categorias e evidências relevantes relacionadas aos desafios e estratégias no manejo odontológico de pacientes com Alzheimer.

Inicialmente, foram identificados 1.258 artigos, sendo 155 na base SciELO, 213 na LILACS, 540 na PubMed e 350 na Scopus. Após a leitura dos títulos, 147 publicações foram selecionadas para a análise dos resumos. Dentre estas, 25 foram excluídas por duplicidade. Dos 122 resumos restantes, 79 foram descartados por não se adequarem ao escopo da pesquisa. Ao final dessa etapa, 43 artigos foram selecionados para leitura na íntegra. Desses, 27 foram eliminados por não abordarem diretamente as estratégias de manejo clínico, por se tratar de editoriais ou por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Assim, 16 artigos atenderam plenamente aos critérios estabelecidos e compuseram a amostra final da presente revisão.

3. DESENVOLVIMENTO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurodegenerativa progressiva e a forma mais comum de demência, responsável por aproximadamente 50 a 80% de todos os casos diagnosticados. Afeta predominantemente indivíduos com mais de 65 anos e apresenta maior prevalência entre mulheres. Caracteriza-se por um declínio progressivo das funções cognitivas, perda de memória e alterações comportamentais, que conduzem, gradualmente, à perda da autonomia, dependência funcional total e, por fim, ao óbito.

O diagnóstico clínico da DA, durante a vida, é geralmente classificado como “provável” e fundamenta-se em uma combinação de histórico clínico detalhado, aplicação de critérios sistematizados, além de exames laboratoriais e de neuroimagem. Entre os principais fatores de risco, destacam-se: idade avançada, baixa escolaridade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão e, conforme evidências recentes, a doença periodontal crônica⁹⁻¹².

Diversos mecanismos fisiopatológicos contribuem para o desenvolvimento e progressão da DA. Dentre

eles, destacam-se o processo inflamatório crônico, o estresse oxidativo e a disfunção mitocondrial, que favorecem a perda sináptica e comprometem a comunicação neuronal. As manifestações clínicas iniciais incluem prejuízos na memória recente, dificuldade na linguagem, desorientação espacial e alterações de humor. Com o avanço da doença, surgem déficits significativos nas funções executivas, apatia, comportamento social inadequado, agressividade, alucinações e dependência funcional total⁹.

As repercussões cognitivas e comportamentais da DA impactam diretamente a funcionalidade e a qualidade de vida do paciente, dificultando atividades cotidianas como alimentação, higiene pessoal e comunicação. No contexto da saúde bucal, tais alterações reduzem a colaboração do paciente, que pode apresentar resistência ao toque, dificuldade de compreensão de instruções simples e incapacidade de relatar dor ou desconforto. Essa realidade exige dos cuidadores e profissionais de saúde uma abordagem contínua, sensível e adaptada, levando em conta tanto o estágio da doença quanto as limitações cognitivas do indivíduo¹¹.

No nível fisiopatológico, a DA é caracterizada por duas alterações neuropatológicas centrais: (1) o acúmulo extracelular de placas senis formadas pelo peptídeo beta-amiloide (A β), tóxico para os neurônios e prejudicial à comunicação sináptica; e (2) a formação de emaranhados neurofibrilares intracelulares compostos pela proteína Tau hiperfosforilada. Em condições normais, a Tau é responsável pela estabilidade dos microtúbulos, essenciais para o transporte de substâncias dentro do neurônio. No entanto, a hiperfosforilação torna a Tau insolúvel, resultando na desorganização do citoesqueleto e morte celular. O próprio beta-amiloide pode desencadear esse processo, potencializando o efeito neurotóxico. As lesões surgem inicialmente em estruturas relacionadas à memória, como o hipocampo e o lobo temporal medial, espalhando-se progressivamente por todo o córtex cerebral e causando atrofia cerebral^{9,11}.

Além dessas lesões, a neuroinflamação tem sido reconhecida como um fator chave na patogênese da DA. A ativação persistente de células imunes centrais, como micróglia e astrócitos, gera um ambiente neurotóxico, com liberação de citocinas pró-inflamatórias que intensificam a disfunção sináptica e a perda neuronal. Neste contexto, a saúde bucal adquire relevância, uma vez que estudos têm investigado a possível translocação de patógenos periodontais e mediadores inflamatórios da cavidade oral para o sistema nervoso central, contribuindo para a resposta neuroinflamatória exacerbada e favorecendo a produção de proteínas beta-amiloides. A periodontite crônica, portanto, é cada vez mais apontada como um fator de risco ambiental modificável, sugerindo que sua prevenção e tratamento podem representar estratégias promissoras na contenção da progressão da DA^{9,13}.

O curso clínico da DA é usualmente dividido em três grandes fases. A primeira é a fase pré-clínica, que

pode se iniciar até duas décadas antes dos sintomas evidentes, sendo marcada apenas pela presença de biomarcadores no líquido cefalorraquidiano ou por alterações identificáveis em exames de imagem. Segue-se a fase do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), geralmente entre os 0 e 4 anos de evolução, caracterizada por lapsos de memória recente, dificuldade em reter novas informações, problemas de linguagem e julgamentos imprecisos. Nessa fase, apesar de algum comprometimento nas atividades diárias, o paciente ainda mantém relativa autonomia e pode ser tratado em regime ambulatorial^{11,14}.

A fase demencial inclui os estágios intermediário e avançado da DA. No estágio intermediário (2 a 8 anos), os déficits cognitivos tornam-se mais evidentes, afetando diretamente a personalidade do paciente. A linguagem sofre deterioração acentuada, surgem repetições de palavras (ecolalia), e há necessidade de supervisão contínua. São frequentes alterações comportamentais como agitação, agressividade, apatia e paranoia. Na fase avançada (6 a 10 anos), o paciente apresenta total dependência funcional, com severo comprometimento motor e cognitivo. Observa-se desorientação global, incontinência urinária e fecal, apraxia (incapacidade de andar, deglutir ou ficar em pé), além de mutismo e risco elevado de infecções secundárias, como pneumonia aspirativa, que muitas vezes levam ao coma e ao óbito^{14,15,11}.

Por se tratar de uma condição degenerativa e irreversível, a Doença de Alzheimer ainda não possui cura. As terapias farmacológicas disponíveis não impedem sua progressão, mas buscam amenizar os sintomas cognitivos e comportamentais. Entre os medicamentos mais utilizados estão os antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e os inibidores da colinesterase. No entanto, muitos desses fármacos apresentam efeitos adversos relevantes no contexto odontológico, como xerostomia, glossite, hipertrofia gengival, discinesia tardia e hipotensão postural, o que torna ainda mais desafiador o cuidado com a saúde bucal de pacientes já vulneráveis. Esses fatores ressaltam a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada no manejo clínico desses indivíduos^{16,15}.

A saúde bucal de pacientes com Doença de Alzheimer (DA) deteriora-se em proporção direta ao avanço do comprometimento neurológico. Estudos clínicos demonstram que, comparados a indivíduos saudáveis, pacientes com DA apresentam índices significativamente piores de acúmulo de placa, inflamação gengival e perda de inserção periodontal. A causa primária para esse declínio é a perda progressiva de habilidades cognitivas e motoras (apraxia), que incapacita o indivíduo de realizar sua própria higiene bucal. Esse cenário é agravado por fatores como a hipossalivação, decorrente do uso de medicamentos anticolinérgicos, que reduz a proteção natural da saliva, favorecendo o desenvolvimento de cáries e de lesões como a estomatite protética^{12,17}.

A relação entre a saúde bucal e a DA, contudo, é

cada vez mais compreendida como um ciclo vicioso e bidirecional. Se, por um lado, a demência compromete a manutenção da higiene oral, por outro, a infecção bucal crônica, especialmente a doença periodontal, contribui para o agravamento da própria condição neurológica. A literatura científica aponta duas vias principais para essa influência sistêmica. A primeira é a via inflamatória, na qual a periodontite crônica eleva os níveis de mediadores pró-inflamatórios, como o fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α), na corrente sanguínea. Essa inflamação sistêmica pode comprometer a integridade da barreira hematoencefálica (BHE), permitindo a entrada de moléculas neurotóxicas e desencadeando neuroinflamação e dano neuronal^{18,19,13}.

A segunda via envolve a translocação direta de patógenos orais, como a *Porphyromonas gingivalis* e suas enzimas tóxicas (gengipainas), que têm sido identificadas em tecidos cerebrais de pacientes com DA. Acredita-se que esses micro-organismos migrem da cavidade oral para o cérebro por meio da corrente sanguínea ou de vias nervosas periféricas. Sua presença está associada ao aumento da produção de proteína β -amilóide e ao declínio cognitivo acelerado, sugerindo que a infecção oral atua como coadjuvante na progressão da DA^{13,19,9}.

Para além do impacto neurológico, a deterioração da saúde bucal impõe graves consequências funcionais e sistêmicas. A perda dentária (edentulismo), frequentemente observada nesses pacientes, limita a mastigação e impõe dietas pastosas e ricas em carboidratos, comprometendo a ingestão de nutrientes essenciais. Esse fator contribui para a desnutrição, fragilidade e aumento da incidência de doenças metabólicas, como diabetes e hipertensão. Estudos também sugerem que a diminuição da função mastigatória reduz a estimulação e o fluxo sanguíneo cerebral, o que poderia agravar o quadro demencial^{4,10,11}.

Uma das implicações sistêmicas mais graves é o risco de pneumonia aspirativa, causa comum de morte em estágios avançados da doença. A dificuldade de deglutição (disfagia), associada a uma higiene oral precária, transforma a cavidade bucal em um reservatório de patógenos. A aspiração dessas bactérias para os pulmões favorece o desenvolvimento de pneumonias, com risco aumentado na presença de doença periodontal não tratada^{11,20}.

Diante desse panorama, a doença periodontal é reconhecida como um importante fator de risco modificável para a DA. Intervenções odontológicas preventivas e terapêuticas demonstraram reduzir o risco de desenvolvimento de demência em indivíduos saudáveis e melhorar a qualidade de vida naqueles já diagnosticados. O cuidado odontológico, nesse contexto, adquire caráter estratégico dentro da abordagem integral ao paciente com DA. Contudo, essa abordagem exige não apenas a atuação do cirurgião-dentista, mas também o engajamento de cuidadores e profissionais de saúde capacitados para o manejo

específico desse público, além de políticas públicas que garantam o acesso a serviços odontológicos adaptados às necessidades dessa população vulnerável^{13, 21, 11}.

O atendimento odontológico a pacientes idosos com demência impõe desafios substanciais, sobretudo em virtude da deterioração progressiva das capacidades cognitivas e motoras. O avanço do quadro clínico compromete funções essenciais, como a execução da higiene bucal, devido à presença de sintomas como apatia e apraxia. A incapacidade de realizar cuidados básicos favorece o acúmulo de biofilme e resíduos alimentares, criando um ambiente propício ao desenvolvimento e agravamento de doenças bucais, como cárie e periodontite, cuja severidade tende a acompanhar a evolução da demência¹⁸.

Adicionalmente, observa-se uma discrepância entre a condição bucal objetiva e a autopercepção do paciente. Mesmo diante de um cenário clínico desfavorável, caracterizado por índices elevados de placa bacteriana e comprometimento periodontal, muitos indivíduos com Doença de Alzheimer relatam níveis satisfatórios de saúde oral. Essa distorção perceptiva contribui para a subnotificação de sintomas e dificulta a detecção precoce de agravos, reforçando a importância de avaliações clínicas regulares, conduzidas de forma proativa pelo profissional²².

Nesse contexto, o papel do cuidador adquire centralidade, embora traga consigo uma série de particularidades. A responsabilidade pela higiene bucal é transferida, em grande parte, para familiares ou acompanhantes sem formação específica, que frequentemente enfrentam barreiras como a resistência do idoso, o receio de causar dor e o desconforto com a tarefa. Tais limitações interferem na eficácia dos cuidados diários e evidenciam a necessidade de capacitação e acompanhamento contínuo por parte da equipe de saúde²³.

O planejamento odontológico, por sua vez, deve ser adaptado às diferentes fases da doença. Em estágios iniciais, quando o paciente ainda demonstra capacidade de colaboração, prioriza-se a prevenção e a realização de tratamentos restauradores de longa duração e fácil manutenção. Com a progressão da doença para os estágios intermediário e avançado, o foco se desloca para abordagens paliativas, priorizando o controle da dor e a resolução de infecções, evitando intervenções complexas que possam causar estresse ou desconforto adicionais¹⁸.

Mais do que preocupações estéticas ou reabilitadoras, o objetivo do tratamento odontológico nesse grupo é garantir o alívio da dor e a eliminação de focos infecciosos. Essa abordagem contribui não apenas para o bem-estar local, mas também para a prevenção de complicações sistêmicas, como bacteremias, endocardites e pneumonias, especialmente frequentes em populações vulneráveis¹⁸.

Nos casos mais avançados, a impossibilidade de cooperação por parte do paciente torna necessária a adoção de técnicas de manejo especializadas, como a sedação consciente ou a anestesia geral em ambiente

hospitalar. Embora eficazes, essas intervenções exigem cautela, especialmente diante do risco de delírio pós-operatório, sendo imprescindível o envolvimento de uma equipe multidisciplinar qualificada⁷.

Por fim, o local de atendimento também merece atenção. A limitação funcional e a fragilidade do paciente em estágios terminais frequentemente inviabilizam o deslocamento até clínicas ou consultórios, tornando o atendimento domiciliar uma alternativa estratégica. No entanto, a escassez de profissionais capacitados em odontogeriatrics e a inexistência de diretrizes públicas consolidadas revelam uma lacuna significativa na oferta de cuidados integrais à população idosa com demência no Brasil²³.

O papel do cirurgião-dentista no cuidado ao paciente com Doença de Alzheimer (DA) transcende a execução técnica de procedimentos, posicionando-o como um agente de saúde integral cujo foco se expande da boca para o bem-estar sistêmico do indivíduo. A crescente evidência da associação entre a doença periodontal e a progressão da DA redefine a atuação profissional, que passa a ter como objetivo central a prevenção e o tratamento de infecções orais para, consequentemente, auxiliar no controle de uma doença neurológica. Nesse novo paradigma, o cuidado odontológico deixa de ser apenas uma intervenção local e se torna uma ferramenta terapêutica com potencial para impactar a saúde geral e a qualidade de vida do paciente^{9, 23}.

A principal frente de atuação do dentista se materializa em um planejamento clínico estratégico e evolutivo, que se adapta às fases da doença. O objetivo primordial é a gestão de riscos, priorizando a remoção de focos de infecção e a eliminação da dor, ao mesmo tempo que se evitam procedimentos complexos e demorados que poderiam gerar estresse ou complicações. Nessa perspectiva, a decisão de não realizar uma reabilitação protética ou até mesmo de contraindicar o uso de uma prótese existente torna-se um ato de cuidado, visando prevenir acidentes graves como a aspiração ou deglutição. O foco na manutenção de uma boca funcionalmente saudável e livre de infecções é justificado por seu impacto direto na prevenção de complicações sistêmicas severas, como a desnutrição e a pneumonia aspirativa^{24, 11}.

Uma das competências mais cruciais do cirurgião-dentista como agente de saúde é seu papel de educador e capacitador da rede de apoio do paciente. É sua responsabilidade orientar, treinar e estimular ativamente os familiares e cuidadores, que se tornam os executores dos cuidados bucais diários. Essa capacitação vai além de ensinar técnicas de higienização adaptadas; inclui o correto manuseio de próteses, o uso de tecnologias assistivas como escovas elétricas e expansores bucais e, fundamentalmente, a habilidade de identificar sinais não verbais de dor, como a recusa de alimentos ou agitação. Assumindo uma postura de vigilância ativa, o profissional deve supervisionar o cuidado domiciliar e intervir clinicamente quando perceber que a rede de apoio não

está conseguindo manter a saúde oral do paciente^{10,25,15}.

A viabilização desse cuidado depende de uma abordagem comportamental humanizada e de uma forte integração com a equipe de saúde. O dentista deve ser um hábil gestor do comportamento, criando um ambiente de confiança por meio de técnicas de comunicação adaptadas, como explicações simples, contato visual e estímulos que possam tranquilizar o paciente. Ao mesmo tempo, sua atuação deve ser transdisciplinar, estabelecendo contato direto com o médico responsável para discutir condutas, como a necessidade de sedação, e para manter uma vigilância farmacológica contínua, conhecendo os medicamentos em uso e seus efeitos colaterais na cavidade oral^{15,10,24}.

Assim, o dentista atua como um agente de diagnóstico. Por manter uma relação de longo prazo com o paciente, ele pode ser um dos primeiros profissionais a identificar sinais precoces de declínio cognitivo e sugerir uma avaliação médica especializada. Em última análise, seu papel só será plenamente efetivado quando o acompanhamento odontológico for formalmente integrado aos protocolos de cuidado de pacientes com doenças neurodegenerativas. Para isso, é imperativo que a odontologia seja cada vez mais incentivada e incluída nesses planos de tratamento, promovendo uma saúde verdadeiramente integral e estimulando novas pesquisas que garantam mais qualidade de vida a essa população crescente e vulnerável^{23,18}.

O manejo odontológico do paciente com Doença de Alzheimer (DA) exige uma mudança de paradigma, afastando-se de uma odontologia reabilitadora complexa para uma filosofia focada no minimalismo, na prevenção e na gestão de riscos. A principal estratégia é a implementação de um plano de cuidados que antecipe as dificuldades futuras, evitando a necessidade de intervenções invasivas em estágios avançados da doença. Isso se traduz em focar na remoção de focos infecciosos, no alívio da dor e na manutenção de uma condição oral funcional e de fácil higienização, mesmo que isso signifique contraindicar próteses que ofereçam risco de aspiração. A abordagem mais bem-sucedida é, portanto, aquela que impede proativamente o surgimento de problemas complexos^{24,11}.

A aplicação dessa filosofia depende de uma base sólida de estratégias comportamentais, fundamentais para viabilizar qualquer tratamento. Adotando um modelo de cuidado centrado na pessoa, o profissional deve criar um ambiente de segurança e confiança. Isso é alcançado por meio de uma comunicação verbal e não verbal eficaz, como o uso de um tom de voz gentil, explicações simples e objetivas e o contato visual para transmitir tranquilidade. Técnicas como o método “falar mostrar fazer” e a adaptação do ambiente, com consultas curtas (máximo de 40 minutos), redução de ruídos e o uso de estímulos positivos como músicas familiares, são cruciais para minimizar o estresse e a agitação do paciente^{15,26,11}.

Com a confiança estabelecida, as estratégias

clínicas devem ser rigorosamente adaptadas ao estágio da doença. Na fase inicial, aproveita-se a colaboração do paciente para focar na prevenção intensiva, na educação e na realização de tratamentos de longa durabilidade. Conforme a doença avança para a fase intermediária, a cooperação diminui e o manejo se volta para a manutenção, com procedimentos mais simples, como a Restauração Atraumática (ART), e maior dependência do cuidador, considerando-se a sedação (com óxido nitroso ou ansiolíticos) para facilitar intervenções. Por fim, na fase avançada, a abordagem torna-se essencialmente paliativa, concentrada no alívio da dor e em atendimentos de emergência, frequentemente realizados em ambiente domiciliar ou hospitalar, com necessidade de sedação profunda ou anestesia geral^{23,22,27}.

O planejamento de cada caso é uma estratégia complexa que transcende a avaliação clínica. O cirurgião-dentista deve ponderar múltiplos fatores, incluindo as condições médicas gerais, a capacidade de autocuidado do paciente, o acesso aos serviços e a realidade socioeconômica da família^{26,28}. Para guiar essa decisão, modelos de avaliação estruturada como o acrônimo OSCAR, que analisa as esferas Oral, Sistêmica, Capacidade, Autonomia e Realidade, auxiliam no desenvolvimento de um plano individualizado. Adicionalmente, o desafio ético do consentimento informado deve ser manejado com cuidado, envolvendo a família e um responsável legal para garantir que as preferências do paciente sejam respeitadas ao longo da progressão da doença^{29,27,30}.

Finalmente, o manejo se concretiza na aplicação de um arsenal de tecnologias assistivas e na adaptação de técnicas. O profissional deve orientar os cuidadores sobre o uso de recursos como escovas elétricas, dispositivos de abertura de boca e jatos de água para superar as limitações motoras do paciente. A adaptação da técnica clínica também é essencial, como instruir a aplicação tópica de antissépticos em vez de bochechos, quando o paciente não possui mais o controle neurofisiológico para tal. Essas estratégias práticas são a expressão final de um plano de manejo bem-sucedido, garantindo que o cuidado odontológico seja realizado de forma segura, digna e eficaz^{25,15}.

Além das estratégias clínicas e comportamentais, é fundamental reconhecer que o manejo odontológico de pacientes com Doença de Alzheimer se insere em um contexto multidisciplinar, no qual a articulação entre profissionais da saúde (como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e cuidadores) é essencial para garantir uma abordagem integral. Essa sinergia profissional é fundamentada em um alicerce bioético robusto. Desta forma, o cuidado centrado na pessoa transcende a técnica e reafirma o compromisso ético do cirurgião-dentista com a dignidade e o bem-estar integral do paciente em todas as fases da sua jornada.

4. DISCUSSÃO

Os dados apresentados mostram que os pacientes

com Alzheimer geralmente têm saúde bucal delicada, que geram impacto significativo na sua qualidade de vida.

Buscando compreender os principais resultados obtidos em estudos de caso que investigaram o manejo odontológico em pacientes com doença de Alzheimer, ou que analisaram dados relacionados a esse grupo, é possível identificar avanços relevantes para a saúde pública e para a prática clínica. Tais resultados permitem não apenas a promoção de melhorias no cuidado integral, mas também o fortalecimento de estratégias que ampliem os benefícios das técnicas já existentes. Além disso, contribuem para a superação de gargalos e desafios ainda presentes no atendimento odontológico a pacientes com Alzheimer, possibilitando o aprimoramento das abordagens clínicas e o desenvolvimento de protocolos mais eficazes e humanizados.

No estudo clínico de Rolim *et al.*³¹, foi avaliado o impacto da intervenção odontológica em um grupo de 29 pacientes com Doença de Alzheimer em estágio leve. Após a realização de tratamentos, que consistiram majoritariamente em terapia periodontal e extrações, os autores observaram resultados quantitativos notáveis. Houve uma redução estatisticamente significativa na frequência e intensidade da dor, melhora na função mandibular e nos índices periodontais. Crucialmente, o tratamento resultou em um aumento na qualidade de vida, aferida pelo questionário, e em uma melhora no comprometimento funcional dos pacientes, avaliado pelos cuidadores, reforçando que o tratamento das comorbidades orais tem um impacto positivo direto no bem-estar e na funcionalidade geral desses indivíduos.

Resultados que destacam a viabilidade de procedimentos complexos em cenários desafiadores foram apresentados por Sánchez-Morales *et al.*³². Eles relataram o caso de um retratamento endodôntico em uma paciente de 71 anos que exibia episódios de confusão e movimentos involuntários. Utilizando técnicas de manejo comportamental, como o método “dizer-mostrar-fazer”, e dispositivos auxiliares, o tratamento foi concluído com sucesso. Os autores enfatizam que, mesmo diante de barreiras cognitivas e comportamentais significativas, a paciência e o uso de técnicas adaptativas permitem a realização de tratamentos odontológicos essenciais, sendo a presença do cuidador um fator de grande auxílio.

A reabilitação protética extensa também se mostrou uma intervenção de alto impacto. No relato de Morita *et al.*³³, uma paciente de 66 anos com DA severa e discinesia oral, incapaz de se alimentar adequadamente devido a uma periodontite agressiva, foi submetida a múltiplas extrações sob sedação intravenosa. A reabilitação com uma prótese total superior, projetada com dentes de zero grau para conferir estabilidade, foi bem-sucedida. O resultado mais marcante foi a melhora sistêmica da paciente: seu apetite aumentou, e ela obteve um ganho de peso de 5 kg, demonstrando o efeito direto da reabilitação da função mastigatória na nutrição e na saúde geral.

A aplicação de tecnologia moderna para otimizar o tratamento foi o foco do caso descrito por Zeghbroeck³⁴. Uma paciente de 78 anos, que se mostrava agitada e agressiva, necessitava de uma prótese fixa para substituir um dente anterior fraturado. Para minimizar o estresse e o número de consultas, foi utilizada a tecnologia CAD/CAM (Cerec 3D). A abordagem permitiu a substituição da moldagem convencional por um escaneamento óptico e a confecção da prótese em um tempo reduzido. Os autores concluíram que essa tecnologia é uma solução viável, precisa e durável, representando uma técnica valiosa para intervir em pacientes com baixa tolerância a procedimentos odontológicos.

A importância da inserção do cirurgião-dentista em uma equipe de cuidados mais ampla foi evidenciada no trabalho de Gurgel e Miranda³⁵. Eles relataram o acompanhamento domiciliar de uma paciente de 75 anos em estágio intermediário da DA, onde o dentista atuou de forma integrada com geriatra, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. O planejamento conjunto e as orientações dadas aos cuidadores foram cruciais para a manutenção da saúde bucal e da qualidade de vida. Os autores ressaltam que o profissional da odontologia, especialmente o odontogeriatra, deve se integrar a essa equipe gerontológica no ambiente domiciliar para proporcionar um atendimento digno e focado no bem-estar do paciente com demência.

Toda essa discussão está fortemente relacionada a conceitos fundamentais da odontologia, da saúde pública e da saúde do idoso. Compreender os impactos da Doença de Alzheimer na saúde bucal requer não apenas a análise de dados clínicos e epidemiológicos, mas também uma reflexão ampliada sobre os determinantes sociais da saúde, o envelhecimento populacional, a organização dos serviços de atenção ao idoso e a integração do cuidado odontológico ao modelo de atenção integral. Portanto, debater os aspectos conceituais e contextuais que sustentam e ampliam a compreensão dos achados apresentados permite uma análise crítica mais profunda sobre os desafios e possibilidades no manejo odontológico de pacientes com Alzheimer.

A literatura é consistente em apontar uma precária condição de saúde bucal em indivíduos com DA. Estudos comparativos demonstram que esses pacientes apresentam escores CPO-D (dentes Cariados, Perdidos e Obturados) significativamente mais elevados, com destaque para um maior número de dentes perdidos quando comparados a controles cognitivamente saudáveis e a pacientes com comprometimento cognitivo leve^{36,37}. Essa condição reflete um acúmulo de problemas ao longo do tempo, exacerbado pela progressiva perda de autonomia para o autocuidado.

A deterioração da higiene oral está diretamente associada à severidade da demência. Uma investigação aprofundada demonstrou que, à medida que a DA avança nos estágios da escala FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease), aumentam as dificuldades no manejo da higiene bucal,

como a recusa ao cuidado e a incapacidade de realizar tarefas como enxaguar e gargarejar³⁸. Esse declínio funcional e cognitivo é um fator central que eleva o risco para o desenvolvimento de cáries e, principalmente, de doenças periodontais³⁹.

A plausibilidade biológica dessa conexão é reforçada por achados microbiológicos. Um estudo identificou uma carga significativamente maior da bactéria *Fusobacterium nucleatum*, um patógeno periodontal, em pacientes com DA em comparação com controles saudáveis³⁶. Este dado sugere que a disbiose oral e a presença de patógenos específicos podem estar implicadas na cascata inflamatória que afeta o sistema nervoso central, culminando na perda dentária observada nesses pacientes.

O impacto da perda dentária na cognição transcende a mera inflamação. Hipóteses emergentes sugerem que a redução da função mastigatória, consequente da perda de dentes, pode levar a uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e da estimulação sensorial aferente do ligamento periodontal, processos que são importantes para a manutenção da atividade neuronal. Portanto, a reabilitação oral não apenas melhora a nutrição³⁴, mas também pode ter um papel na estimulação cognitiva.

Diante da crescente dependência do paciente com DA, a figura do cuidador torna-se central no manejo da saúde, incluindo a bucal. Estudos de perfil traçam um retrato consistente desse ator fundamental: majoritariamente mulheres, como filhas ou esposas, com idade entre 40 e 60 anos, que assumem a tarefa por obrigação familiar ou por impossibilidade de contratar um profissional^{40,6}.

A tarefa de cuidar impõe uma carga emocional e física significativa. Cuidadores frequentemente relatam sintomas de ansiedade, estresse, distúrbios do sono e melancolia, vendo-se obrigados a abdicar de suas próprias atividades e vida social⁶. A resiliência torna-se um fator protetor importante, mas a sobrecarga emocional e física é uma realidade que afeta diretamente a capacidade de prover um cuidado de qualidade⁴⁰.

No âmbito da odontologia, o cuidador é um elo indispensável. É ele o responsável pela execução da higiene bucal diária e por identificar os primeiros sinais de problemas, como a dor⁴¹. Portanto, o treinamento e a capacitação dos cuidadores pelo cirurgião-dentista são medidas de extrema importância, pois a manutenção da saúde bucal do paciente depende diretamente da habilidade e motivação de quem o assiste³⁹.

Esse treinamento precisa ir além de simples instruções, devendo incluir demonstrações práticas de técnicas de escovação adaptadas, como o uso de escovas elétricas ou com cabos modificados, e métodos para higienização de próteses. Além disso, orientar o cuidador sobre como lidar com a recusa ao cuidado, utilizando abordagens gentis e distrativas, é fundamental para o sucesso da higiene diária e para diminuir o estresse de ambos³⁹.

O ambiente clínico odontológico apresenta desafios

únicos para o paciente com DA. A falta de cooperação, agitação, movimentos involuntários e episódios de confusão são barreiras comuns durante o tratamento³². Essa resistência ao cuidado, muitas vezes interpretada como agressividade, é uma manifestação direta do comprometimento cognitivo e da dificuldade do paciente em compreender o que está acontecendo³⁴.

A severidade da demência é um preditor direto desses desafios. Um estudo quantificou essa relação, mostrando que as chances de o paciente recusar o cuidado aumentam drasticamente nos estágios mais avançados da doença³⁸. Isso reforça a necessidade de abordagens adaptadas e de uma compreensão aprofundada, por parte do profissional, sobre a fase da doença em que o paciente se encontra.

O diagnóstico da dor em pacientes com dificuldade de comunicação verbal é um desafio diagnóstico particular. O cirurgião-dentista deve se tornar um observador atento de sinais não verbais, como agitação durante a alimentação, recusa em usar próteses, gemidos ou caretas ao toque na região facial. A colaboração com o cuidador é, novamente, essencial, pois ele pode relatar mudanças de comportamento que, embora sutis, podem indicar um quadro algico de origem dental⁴¹.

A presença do cuidador durante a consulta odontológica pode ser um fator decisivo para o sucesso do tratamento. Conforme relatado em estudos clínicos, a ausência do cuidador pode gerar confusão e ansiedade no paciente, dificultando o procedimento³². A presença de uma figura familiar e de confiança ajuda a acalmar o paciente e a mediar a comunicação com a equipe odontológica.

A xerostomia, ou boca seca, é uma condição prevalente e complicadora, frequentemente induzida por medicamentos utilizados no tratamento da DA e de suas comorbidades, como antidepressivos e antipsicóticos. Essa condição aumenta drasticamente o risco de cáries de raiz, candidose e mucosite, além de dificultar a mastigação, a deglutição e a retenção de próteses, exigindo do profissional um manejo preventivo intenso com o uso de saliva artificial e fluoretos³⁹.

A tecnologia odontológica moderna oferece soluções inovadoras para otimizar o tratamento. O uso de sistemas CAD/CAM permite a confecção de próteses fixas em um número reduzido de sessões³⁴. Ao eliminar etapas como moldagens convencionais e múltiplas consultas de prova, essa tecnologia minimiza o estresse e o tempo de cadeira, tornando-se uma excelente alternativa para pacientes com baixa tolerância a procedimentos longos.

Para casos mais complexos que envolvem múltiplos procedimentos invasivos, como extrações dentárias, a sedação intravenosa é uma ferramenta valiosa. Estudos clínicos demonstraram a viabilidade de realizar extrações múltiplas e a confecção de uma prótese total sob sedação em pacientes com DA severa e discinesia oral, garantindo que o tratamento fosse realizado de forma segura e sem gerar trauma³³.

O modelo de atendimento domiciliar (home care) representa uma solução crucial para pacientes com mobilidade reduzida ou em estágios avançados da doença. Relatos clínicos comprovam que procedimentos restauradores e de manutenção podem ser realizados na residência do paciente com o uso de equipamentos portáteis, garantindo a continuidade do cuidado odontológico quando o deslocamento ao consultório se torna inviável^{35,41}.

O impacto positivo do tratamento odontológico na vida do paciente com DA é notável. Estudos demonstraram que, após a intervenção odontológica, houve uma redução significativa na frequência de dor, melhora na função mandibular e, crucialmente, um aumento na qualidade de vida e uma diminuição no comprometimento funcional avaliado pelos cuidadores³¹.

A reabilitação da função mastigatória, por sua vez, pode ter repercussões sistêmicas. Ao confeccionar uma prótese funcional para pacientes que não conseguiam se alimentar adequadamente, observou-se melhora significativa no apetite e na ingestão de alimentos, levando a ganho de peso e melhora de indicadores nutricionais³³. Isso evidencia que a saúde bucal está intrinsecamente ligada à nutrição e ao bem-estar geral.

Fica evidente, a partir da análise conjunta desses trabalhos, que a abordagem ao paciente com DA deve ser, por natureza, multidisciplinar. O cirurgião-dentista não atua de forma isolada, mas em constante diálogo com médicos, equipes de enfermagem e, principalmente, com os cuidadores e familiares^{35,39}. Essa integração é a chave para um planejamento terapêutico que considere o paciente em sua totalidade.

A preparação para a consulta odontológica é tão crucial quanto o procedimento em si. O agendamento deve ser feito preferencialmente no período do dia em que o paciente se encontra mais calmo e cooperativo, informação que deve ser obtida previamente com o cuidador. O ambiente do consultório deve ser tranquilo, sem excesso de estímulos sonoros ou visuais, e as esperas devem ser minimizadas. Uma comunicação prévia com a família é fundamental para entender o estado atual do paciente, medicações em uso e eventuais gatilhos para agitação, permitindo a elaboração de um plano de atendimento individualizado e preventivo, como sugerido pela abordagem de atendimento domiciliar onde o planejamento é essencial⁴¹.

As estratégias de comunicação e manejo comportamental durante o atendimento são a base para o sucesso clínico. Além da técnica “dizer-mostrar-fazer”, que se mostrou eficaz para diminuir a ansiedade³², o profissional deve utilizar uma linguagem simples, com frases curtas e diretas, e um tom de voz calmo e encorajador. O reforço positivo, elogiando a cooperação do paciente, e o uso de comunicação não-verbal, como um toque gentil no ombro, podem criar um vínculo de confiança. É importante que o profissional esteja atento às reações do paciente, realizando pausas sempre que necessário para evitar o

cansaço e a sobrecarga sensorial.

A seleção do material restaurador deve levar em conta não apenas a durabilidade, mas também a facilidade de execução e as propriedades preventivas. Cimentos de ionômero de vidro, especialmente os reforçados com resina, são frequentemente a primeira escolha para esses pacientes. Sua adesão química ao dente, menor sensibilidade à umidade e, principalmente, a capacidade de liberar flúor atuam como um reservatório protetor contra a cárie secundária, o que é de extrema importância em pacientes com alto risco de cárie e higiene bucal deficiente⁴¹. Essa abordagem prioriza a longevidade da saúde bucal em detrimento de procedimentos estéticos mais complexos e demorados.

No campo da reabilitação protética, as decisões devem visar a simplicidade, a estabilidade e a facilidade de higienização. Sempre que possível, próteses fixas, como a ponte adesiva confeccionada com tecnologia CAD/CAM, são preferíveis às removíveis, pois eliminam o risco de o paciente perdê-las, engoli-las ou se recusar a usá-las³⁴. Quando próteses totais são necessárias, o desenho deve ser simplificado, utilizando dentes artificiais sem cúspides (zero grau) para conferir maior estabilidade diante de movimentos mandibulares desordenados (discinesia oral), uma complicação comum em estágios avançados da doença³³.

O manejo farmacológico da ansiedade e do comportamento pode ser um recurso indispensável. A abordagem pode variar desde a prescrição de um ansiolítico de curta duração para ser administrado antes da consulta até o uso de sedação consciente com óxido nítrico no consultório para procedimentos mais simples. Para intervenções mais complexas e demoradas, como múltiplas extrações, a sedação intravenosa realizada por um profissional habilitado em ambiente hospitalar ou ambulatorial preparado oferece um método seguro e eficaz para realizar todo o tratamento necessário em uma única sessão, minimizando o estresse e o trauma para o paciente³³.

A distinção entre a Doença de Alzheimer e outras formas de demência, embora clinicamente relevante para o neurologista, pode não alterar substancialmente a abordagem odontológica inicial, uma vez que a deterioração da saúde bucal parece ser uma característica comum a diferentes tipos de demência. Um estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros periodontais e dentários entre pacientes com DA e aqueles com outras demências, sugerindo que as estratégias de cuidado preventivo e de manejo devem ser aplicadas de forma ampla a todos os idosos com comprometimento cognitivo⁴².

A questão do consentimento informado adquire complexidade ética e legal no tratamento de pacientes com DA. À medida que a capacidade de julgamento do paciente diminui, a responsabilidade pela tomada de decisão é transferida para o representante legal ou familiar. É imperativo que o cirurgião-dentista

documento rigorosamente esse processo, explicando de forma clara e acessível todas as opções de tratamento, riscos e benefícios, garantindo que a decisão tomada seja sempre no melhor interesse do paciente, respeitando sua dignidade e autonomia remanescente³³.

Um programa de manutenção e prevenção rigoroso é mais importante do que o próprio tratamento curativo. Consultas de retorno frequentes, a cada três ou quatro meses, para profilaxia profissional, aplicação de flúor e reforço das orientações de higiene para o cuidador são essenciais para controlar o acúmulo de biofilme e prevenir o surgimento de novas lesões³⁷. Essa abordagem proativa é mais eficaz e menos estressante do que intervenções restauradoras repetitivas, que se tornam cada vez mais difíceis com a progressão da doença.

A saúde periodontal, em particular, requer vigilância constante. Pacientes com DA apresentam índices de placa e sangramento gengival significativamente mais altos, indicando uma inflamação generalizada que pode ter repercussões sistêmicas³⁷. Portanto, a terapia periodontal de suporte, incluindo raspagem e alisamento radicular quando necessário, não deve ser vista como um procedimento eletivo, mas sim como uma intervenção de saúde essencial para controlar um foco inflamatório crônico.

O impacto financeiro do cuidado com o paciente com DA é um fator de estresse considerável para as famílias, e o custo do tratamento odontológico se soma a essa carga. Muitos cuidadores assumem a função justamente por não poderem arcar com os custos de um profissional, vivendo com rendas familiares limitadas⁶. Essa realidade pode levar ao adiamento de tratamentos odontológicos essenciais, resultando em situações de urgência e dor que poderiam ter sido evitadas com um planejamento preventivo e financeiramente acessível.

Nos estágios terminais da DA, o foco do cuidado odontológico transita da reabilitação para o paliativo. O objetivo principal torna-se a manutenção do conforto, a prevenção de dor e de infecções agudas que possam levar a complicações sistêmicas, como a pneumonia aspirativa. A higiene oral, mesmo que simplificada, continua sendo crucial para umedecer a mucosa, remover resíduos alimentares e reduzir a carga bacteriana na orofaringe, contribuindo para a dignidade e o bem-estar do paciente até o fim da vida³⁸.

A integração da saúde bucal nas políticas públicas e nos protocolos de atendimento em instituições de longa permanência é um passo fundamental. A avaliação da cavidade oral deveria ser um componente padrão na admissão e no acompanhamento periódico de idosos institucionalizados, com a inclusão de cirurgiões-dentistas e higienistas nas equipes de saúde. Essa medida preventiva pode reduzir custos com tratamentos de urgência e hospitalizações por complicações de origem bucal³⁵.

A pesquisa futura deve se concentrar no desenvolvimento e na validação de protocolos de cuidado bucal simplificados e eficazes para serem aplicados por cuidadores não profissionais. Estudos

longitudinais são necessários para melhor compreender a trajetória da deterioração da saúde bucal ao longo dos estágios da DA e para avaliar o impacto a longo prazo das intervenções preventivas na progressão da doença e na qualidade de vida³⁶.

A capacidade funcional do paciente, avaliada por escalas como o Índice de Barthel, está diretamente relacionada às suas necessidades de cuidado oral. Conforme demonstrado em estudos clínicos, à medida que a pontuação no Índice de Barthel diminui, indicando maior dependência para atividades de vida diária, a necessidade de assistência total para a higiene bucal aumenta³⁸. Essa correlação objetiva pode ajudar as equipes de saúde a antecipar as necessidades do paciente e a planejar o nível de suporte necessário.

O tratamento periodontal não apenas melhora os índices clínicos locais, como também pode ter um efeito positivo em parâmetros funcionais e de qualidade de vida. A redução da inflamação e da dor periodontal pode levar a uma melhora na disposição geral e na capacidade funcional do paciente, como observado em estudos clínicos através da melhora nos escores do questionário de Pfeiffer após o tratamento³¹. Isso sugere que tratar a boca pode, de fato, ajudar a melhorar o desempenho do paciente em suas atividades diárias.

A escolha da abordagem restauradora deve ser guiada por um princípio de “odontologia de mínima intervenção”, adaptado à realidade do paciente. Procedimentos que são rápidos, requerem menos etapas e utilizam materiais com propriedades preventivas são ideais. O objetivo não é alcançar a perfeição estética, mas sim eliminar a dor, erradicar a infecção e restaurar uma função mastigatória minimamente adequada, sempre com o menor estresse possível para o paciente⁴¹.

Em suma, o manejo odontológico do paciente com Doença de Alzheimer é uma área complexa que exige do profissional não apenas conhecimento técnico, mas também empatia, paciência e capacidade de adaptação. A estratégia deve ser proativa, focada na prevenção e na intervenção precoce, além de ser fortemente alicerçada na educação e no suporte ao cuidador. Ao adotar abordagens individualizadas, que podem incluir desde técnicas comportamentais até o uso de tecnologia avançada e modelos de atendimento alternativos, é possível superar as barreiras impostas pela doença, promovendo saúde, função e, acima de tudo, dignidade a essa população vulnerável³⁹.

5. CONCLUSÃO

Este trabalho analisou e sintetizou os desafios e as estratégias relacionadas ao manejo odontológico de pacientes com Doença de Alzheimer (DA), consolidando as melhores práticas descritas na literatura científica. A revisão integrativa confirmou que a saúde bucal desses indivíduos é significativamente mais comprometida em comparação a controles saudáveis, com maior prevalência de perda dentária e de doença periodontal. Observou-se que a

deterioração da condição oral está diretamente associada à progressão da doença e à severidade do quadro demencial, uma vez que o declínio cognitivo e motor compromete a autonomia para o autocuidado e aumenta a complexidade da higiene bucal.

Os desafios identificados são multifatoriais, envolvendo desde barreiras comportamentais, como agitação e recusa ao tratamento, até a sobrecarga física e emocional vivenciada pelos cuidadores. Nesse contexto, a literatura aponta um conjunto de estratégias de manejo eficazes. A intervenção precoce, realizada nos estágios iniciais da doença, mostra-se fundamental para evitar tratamentos mais complexos e para a consolidação de programas preventivos.

A instrução ao cuidador revela-se primordial para o sucesso do plano de tratamento odontológico, considerando que, muitas vezes, essa função é assumida por familiares de forma inesperada e sem preparação prévia. Dessa forma, torna-se indispensável oferecer treinamento e apoio contínuos por parte do cirurgião-dentista, garantindo a manutenção adequada da higiene oral diária.

No ambiente clínico, o êxito terapêutico depende da aplicação de técnicas de manejo comportamental, como a abordagem “dizer-mostrar-fazer”, bem como da utilização de tecnologias que otimizem o tempo clínico, como os sistemas CAD/CAM voltados às reabilitações protéticas. Em casos de maior complexidade ou diante da não colaboração do paciente, a sedação intravenosa pode representar um recurso seguro e eficaz. Paralelamente, o atendimento domiciliar consolida-se como uma estratégia indispensável para indivíduos com mobilidade reduzida ou em estágios mais avançados da doença.

Conclui-se, portanto, que o manejo odontológico do paciente com Doença de Alzheimer requer uma abordagem proativa, multidisciplinar e centrada não apenas no paciente, mas também em sua rede de apoio. As melhores práticas reunidas neste estudo oferecem um roteiro fundamentado para a atuação de cirurgiões-dentistas e cuidadores, baseado na prevenção, na intervenção precoce e na adaptação progressiva das estratégias clínicas conforme o avanço da doença.

Para que esse cuidado se torne efetivo e acessível, são necessários avanços na formação dos profissionais, na elaboração de protocolos clínicos específicos e na inclusão da saúde bucal nas políticas públicas de atenção ao idoso, promovendo, assim, maior dignidade, qualidade de vida e equidade no cuidado dessa população crescente e vulnerável.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(3):507-519. doi:10.1590/1809-98232016019.150140.
- [2] Gauthier S, et al. World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2021. Available from: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>
- [3] Schilling LP, et al. Diagnóstico da Doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol.* 2022; 16(3 Suppl 1):21-35. doi:10.1590/1980-5764-DN-2022-S102EN.
- [4] Silva JC, Labuto MM. Principais alterações na cavidade bucal do idoso. *Cad Odontol UNIFESO.* 2022;4(1):62-69.
- [5] Santos AMA, et al. Atendimento odontológico em pacientes com Doença de Alzheimer: revisão de literatura. *Braz J Dev.* 2022; 8(7):50804-50812. doi:10.34117/bjdv8n7-140.
- [6] Rossi VEC, et al. Perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Cienc et Praxis.* 2015; 8(16):27-32.
- [7] Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (Sao Paulo).* 2010; 8(1):102-106.
- [8] Page MJ, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
- [9] Conceição CJS, Hartuwig CG, Fauconnet CV, Calenzani ALZ. A relação entre a doença periodontal e os portadores de Alzheimer. *Natureza Online.* 2023; 21(1):8-14.
- [10] Eduardo LS, Vinha TC. Saúde bucal em idosos com Alzheimer. *Rev UNILAGO.* 2022; 5(2):34-42.
- [11] Gao SS, Chu CH, Young FYF. Oral health and care for elderly people with Alzheimer's disease. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(16):5713. doi:10.3390/ijerph17165713.
- [12] Martande SS, et al. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2014; 29(6):498-502. doi:10.1177/1533317514549650.
- [13] Facchini GL, Bona VS. Relação entre doença periodontal e Alzheimer: uma revisão de literatura. *Res Soc Dev.* 2024; 13(6):e11113646109. doi:10.33448/rsd-v13i6.46109.
- [14] Miranda AF, et al. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *Rev Gaucha Odontol.* 2010; 58(1):103-107.
- [15] Miranda AF, et al. Diretrizes e desafios no atendimento odontológico de pacientes com Alzheimer em estágio avançado. *Rev Med Saude Brasilia.* 2018; 7(2):285-295.
- [16] McGeer PL, McGeer EG. The amyloid cascade inflammatory hypothesis of Alzheimer disease: implications for therapy. *Acta Neuropathol.* 2013; 126:479-497. doi:10.1007/s00401-013-1177-7.
- [17] Ribeiro GR, et al. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012; 114(3):338-343. doi:10.1016/j.0000.2012.03.028.
- [18] Parreira MER, Santos PP. Doença de Alzheimer e Parkinson como fator de risco para doença periodontal. *Rev Ibero-Am Humanid Cienc Educ.* 2025; 11(4):737-754. doi:10.51891/rease.v11i4.18657.
- [19] Kamer AR, et al. Periodontal disease as a possible cause for Alzheimer's disease. *Periodontol 2000.* 2020; 83(1):242-271. doi:10.1111/prd.12327.
- [20] So E, et al. A retrospective analysis of outpatient anesthesia management for dental treatment of

- patients with severe Alzheimer's disease. *J Dent Anesth Pain Med.* 2017; 17(4):271-280. doi:10.17245/jdapm.2017.17.4.
- [21] Lee YL, et al. Periodontal disease associated with higher risk of dementia: population-based cohort study in Taiwan. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65(9):1975-1980. doi:10.1111/jgs.14944.
- [22] Silva Neto JMA, et al. Cuidados em pacientes com doença de Alzheimer na odontologia. *Rev Eletron Acervo Saude.* 2020; 12(12):e5070. doi:10.25248/reas.e5070.2020.
- [23] Silva FD, Goes RWL. Atendimento odontológico em pacientes com demência: uma revisão da literatura. *Scientia Generalis.* 2021; 2(2):289-297.
- [24] Rabelo RG, et al. A doença de Alzheimer e o cuidado em saúde bucal. *Rev Fac Odontol UFBA.* 2020; 50(1):71-78.
- [25] Spezzia S. Saúde bucal e doença de Alzheimer. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba.* 2018; 20(4):191-194. doi:10.23925/1984-4840.2018v20i4a2.
- [26] Brennan LJ, Strauss J. Cognitive impairment in older adults and oral health considerations: treatment and management. *Dent Clin North Am.* 2014; 58:815-828. doi:10.1016/j.cden.2014.07.001.
- [27] Robbins MR. Neurologic diseases in special care patients. *Dent Clin North Am.* 2016; 60(3):707-735. doi:10.1016/j.cden.2016.03.002.
- [28] Oong EM, An GK. Treatment planning considerations in older adults. *Dent Clin North Am.* 2014; 58:739-755. doi:10.1016/j.cden.2014.06.003.
- [29] Chavez EM, Wong LM, Subar P, Young DA, Wong A. Dental care for geriatric and special needs populations. *Dent Clin North Am.* 2018; 62:245-267. doi:10.1016/j.cden.2017.11.005.
- [30] Mukherjee A, Livinski AA, Millum J, et al. Informed consent in dental care and research for the older adult population. *J Am Dent Assoc.* 2017; 148:211-220. doi:10.1016/j.adaj.2016.11.019.
- [31] Rolim TS, et al. Evaluation of patients with Alzheimer's disease before and after dental treatment. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014; 72(12):919-924. doi:10.1590/0004-282X20140140.
- [32] Sánchez-Morales U, Ramírez-Fernández DM, Argüelles-Guerrero CA. Atención dental del paciente con enfermedad de Alzheimer: informe de caso. *Rev Asoc Odontol Argent.* 2020; 108(3):138-142.
- [33] Cicciù M, et al. Relationship between oral health and its impact on the quality of life of Alzheimer's disease patients: a supportive care trial. *Int J Clin Exp Med.* 2013; 6(9):766-772.
- [34] Zeghbroeck LV. CAD/CAM treatment for the elderly: a case report. *Gerodontology.* 2012; 29:e1176-e1179. doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00521.x.
- [35] Gurgel ALA, Miranda AF. Atendimento multidisciplinar em paciente idosa com Alzheimer em fase intermediária em domicílio. *Rev Portal Divulg.* 2012; (20):25-34.
- [36] Panzarella V, et al. Oral health status in subjects with amnesic mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Alzheimers Dis.* 2022; 87(1):173-183. doi:10.3233/JAD-200385.
- [37] Sherbaf RA, et al. Oral health status and factors associated with oral health in patients with Alzheimer's disease. *J Clin Med.* 2025; 14(5):1412. doi:10.3390/jcm14051412.
- [38] Shirobe M, et al. Association between dementia severity and oral hygiene management issues in older adults with Alzheimer's disease. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(5):3841. doi:10.3390/ijerph20053841.
- [39] Oliveira MBS, Labuto MM. Abordagem do cirurgião-dentista diante de um paciente com a doença de Alzheimer. *Cad Odontol UNIFESO.* 2022; 4(2):144-151.
- [40] Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1):150-157. doi:10.1590/S0104-07072012000100017.
- [41] Oliveira CS. Odontogeriatria domiciliar: tratamento restaurador em paciente com Alzheimer – relato de caso. In: *Congresso Internacional de Envelhecimento Humano.* Campina Grande: Realize; 2015.
- [42] Laugisch O, et al. Oral and periodontal health in patients with Alzheimer's disease and other forms of dementia. *Oral Health Prev Dent.* 2021; 19:255-262. doi:10.3290/j.ohpd.b1248937.