

CENTRO ALPHA DE ENSINO
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA
Eduardo Chen Yhung Wong

HOMEOPATIA: UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA NA SECURA BUCAL
EM PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu*, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Homeopatia.

Área de Concentração: Homeopatia.

Orientador: Prof. Ms. Mario Sérgio Giorgi

SÃO PAULO

2023

**Homeopatia: Uma opção terapêutica na secura bucal
em pacientes com doença de Alzheimer – Revisão de Literatura**

***Homeopathy: A therapeutic option for dry mouth
in patients with Alzheimer's disease – Literature Review***

Eduardo Chen Yhung Wong¹

Mario Sérgio Giorgi²

Jussara dos Santos Jorge - Giorgi³

1. Especialista em Homeopatia – Faculdade Centro Oeste Paulista / Associação Paulista de Homeopatia.
2. Especialista em Homeopatia e Dentística, Mestre em Ciências da Saúde, Coordenador do Curso de Especialização em Homeopatia – Faculdade Centro Oeste Paulista / Associação Paulista de Homeopatia.
3. Especialista em Homeopatia e Ortodontia, Pós – graduada em Odontopediatria, Estomatologia e Ortopedia Funcional dos Maxilares, Mestre em Ciências da Saúde, Doutoranda em Biomateriais – Universidade Paulista, Coordenadora do Curso de Especialização em Homeopatia – Faculdade Centro Oeste Paulista / Associação Paulista de Homeopatia.

Endereço para correspondência:

Rua Dr. Diogo de Faria, 839 – Vila Clementino, São Paulo - SP

CEP: 04037-002

Telefone: (11) 5571-0483

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 HOMEOPATIA	5
2.1.1 PREPARO DO MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO	6
2.1.2 FILOSOFIA DE TRATAMENTO HOMEOPÁTICO	7
2.2 DOENÇA DE ALZHEIMER	7
2.2.1 FASES DA DOENÇA DE ALZHEIMER E A ODONTOLOGIA	10
2.2.1.1 FASE INICIAL	10
2.2.1.2 FASE MODERADA OU INTERMEDIÁRIA	11
2.2.1.3 FASE FINAL	12
2.3 HIPOSSALIVAÇÃO / XEROSTOMIA	13
2.3.1 DIAGNÓSTICO DA XEROSTOMIA	16
2.4 REPERTÓRIO HOMEOPÁTICO	18
3. DISCUSSÃO	19
3.1 HOMEOPATIA	19
3.2 DOENÇA DE ALZHEIMER	20
3.3 HIPOSSALIVAÇÃO / XEROSTOMIA	21
3.4 REPERTÓRIO HOMEOPÁTICO	22
4. CONSIDERAÇÕES	26
5. REFERÊNCIAS	27

Resumo

A homeopatia é uma especialidade odontológica, componente das práticas integrativas e complementares sendo regida pelo princípio da similaridade. Sua prática é geralmente utilizada no controle de doenças, sendo muito indicada naquelas que acometem os idosos de forma crônica, como a Doença de Alzheimer que pode causar a xerostomia (secura bucal) nos pacientes. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre a homeopatia como uma opção terapêutica na secura bucal em pacientes com Doença de Alzheimer. A Homeopatia pode atuar de forma interdisciplinar junto ao tratamento convencional não substituindo um pelo outro, sendo necessário uma anamnese minuciosa para coleta de sintomas, tornando imprescindível incluir manifestações mentais, gerais e locais na repertorização, individualizando-a ao máximo, já que a escolha do medicamento homeopático e o sucesso no tratamento está na dependência da totalidade dos sintomas com as suas modalidades. Entretanto como não há estudos suficientes que relacionam a homeopatia com a melhora da secura bucal em pacientes com Doença de Alzheimer, mais pesquisas são indicadas para comprovar a efetividade no tratamento.

Palavras-chave: Homeopatia. Secura Bucal. Doença de Alzheimer.

Abstract

Homeopathy is a dental specialty, a component of integrative and complementary practices, governed by the principle of similarity. Its practice is generally used in the control of diseases, being highly indicated in those that affect the elderly in a chronic way, such as Alzheimer's disease, which can cause xerostomia (dry mouth) in patients. The objective of this work was to carry out a literature review about homeopathy as a therapeutic option for dry mouth in patients with Alzheimer's disease. Homeopathy can act in an interdisciplinary way together with conventional treatment, not substituting one for the other, requiring a thorough anamnesis to collect symptoms, making it essential to include mental, general and local manifestations in the repertorization, individualizing it to the maximum, since the choice of the homeopathic medicine and the success of the treatment depends on the totality of the symptoms with their modalities. However, as there are not enough studies that relate homeopathy with the improvement of dry mouth in patients with Alzheimer's disease, more research is indicated to prove the effectiveness of the treatment.

Descriptors: Homeopathy. Dry mouth. Alzheimer's disease.

1. Introdução

A Homeopatia não é uma descoberta recente, há relatos do uso desse tratamento por Hipócrates, considerado idealizador da técnica. O tratamento homeopático foi evidenciado por Samuel Hahnemann, médico alemão, que realizou uma experiência em si mesmo para avaliar o efeito da ideia por ele defendida. Sua prática é geralmente utilizada de maneira alternativa e complementar no controle e na cura de doenças.

Segundo JONAS et al. (1996), a palavra "Homeopatia" deriva do grego *omeos*, que significa semelhante, e *pathos*, que significa doença, patologia, enfermidade. O tratamento homeopático utiliza substâncias altamente diluídas para induzir o corpo à autocura.

A homeopatia é uma modalidade componente das Práticas Integrativas e Complementares, é inclusive uma especialidade odontológica, implantada pelo Código de Ética Odontológica de 2012 e é regida pelo princípio da similaridade, em que a cura é estabelecida a partir do uso de substâncias semelhantes aos sintomas da doença adquirida, estimulando o organismo à autocura. Através de altas diluições e agitações vigorosas, o princípio ativo do medicamento homeopático é potencializado e apresenta tendência de melhora no tratamento de diversas patologias. Sua prática é geralmente utilizada de maneira alternativa e complementar no controle e na cura de doenças, sendo muito indicada naquelas que acometem os idosos.

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

Entre as doenças crônicas, atualmente merecem destaque os casos da Doença de Alzheimer (DA), que dentre as demências, é considerada a mais prevalente, equivalendo a cerca de 50% a 60% dos casos (HERRERA et al., 1998; NITRINI, 1999).

A DA é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que causa perda da memória e altera funções intelectuais superiores, levando, no curso de sua evolução, a uma situação de incapacidade e total dependência. Em virtude de sua incidência e natureza devastadoras, caracteriza um importante problema de saúde pública em todo o mundo (LUZARDO et al., 2006).

Sendo a DA uma desordem neurodegenerativa, sem cura, que atinge milhões de pessoas no mundo, inclusive no Brasil, observa-se a necessidade de inserção do cirurgião dentista no atendimento aos pacientes. A saúde bucal desses indivíduos é precária, com susceptibilidade a cárie, gengivite, periodontite e deficiente controle da placa bacteriana. Essas situações são agravadas pela perda da autonomia quanto à realização das atividades da vida diária (AVDs), como a escovação. A hipossalivação (xerostomia) proveniente dos medicamentos e lesões na cavidade oral por próteses mal adaptadas também são observadas (GURGEL et al., 2012).

Embora a xerostomia (secura bucal) possa afetar pessoas de qualquer idade, ela ocorre mais frequente nas pessoas idosas, chegando a ser três vezes superior à dos adultos mais jovens (FEIO, 2005). Estima-se que aproximadamente 30% das pessoas acima de 65 anos são afetadas pela xerostomia (SHIP et al., 2003).

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre a homeopatia como uma opção terapêutica na secura bucal em pacientes com Doença de Alzheimer.

2. Revisão de Literatura

2.1 Homeopatia

HUGHES, em 1991, afirma que a prática moderna da Homeopatia foi evidenciada por volta dos anos de 1.800 quando Samuel Hahnemann, médico alemão, testou em si próprio um medicamento utilizado para combater a febre. Diante do experimento, o pesquisador descobriu que quando uma pessoa saudável faz o uso de algum medicamento, em larga escala, a mesma desenvolve os mesmos sintomas que as pessoas acometidas pela doença tratada com o mesmo medicamento. Assim, nasce o princípio da similaridade, considerado uma extensão das observações de Hipócrates. Um mesmo medicamento que levaria um paciente saudável a desenvolver sintomas de doenças, também poderia levar à autocura de pacientes doentes, desde que o medicamento fosse corretamente manipulado.

Segundo D'HUYVETTER et al. (2002), o medicamento homeopático tem seu princípio ativo despertado, a partir de uma ideia bastante contraditória, no qual quanto mais a solução for diluída mais eficiente será, respeitando os limites determinados para não perder a eficácia. Outro modo de potencializar a substância é através da succussão, vigorosa agitação, dinamizando assim o medicamento.

JONAS et al. (2003) afirmam que a homeopatia pode ser dividida em duas vertentes: clínica e clássica. A homeopatia clínica é um método em que os tratamentos medicinais prescritos não são associados às características emocionais e psicológicas do paciente, esta forma de tratamento, muitas vezes é considerada análoga à medicina convencional. Já a homeopatia clássica é um método em que um paciente passa por uma avaliação holística, recebendo o medicamento adequado não só às características da doença, mas também emocionais do paciente como um todo. Hahnemann observou ainda que, além de atuar em condições agudas, certos remédios exerceram seus efeitos com base na constituição dos indivíduos, como seu caráter moral e intelectual, seus hábitos, seus relacionamentos, gostos e desgostos, e que os fez se sentir melhor ou pior.

Conforme JORGE-GIORGI et al. (2021) quando os pacientes procuram por um atendimento homeopático-odontológico, na primeira consulta, passam por uma

avaliação da condição clínica, solicitação de exames complementares necessários e a seguir uma consulta homeopática, em que se procura através de perguntas (anamnese homeopática), conhecer mais profundamente este paciente, valorizando sua forma de ser, suas atitudes frente aos acontecimentos da vida, pois somente conhecendo estes pontos será possível, prescrever o medicamento mais adequado ao problema em questão, individualizando assim cada caso. A totalidade sintomática se faz, a partir da somatória do que o profissional observou, examinou e dos relatos do paciente, que após uma análise crítica, valorizará o que lhe parecer mais confiável para se utilizar. E assim, nos esforçando, buscando chegar à compreensão de nosso paciente, tomando os sintomas que sejam característicos do mesmo, que o individualizam, teremos a compreensão do caso, o que nos permitirá prescrever corretamente.

Considerando os conhecimentos de Hahnemann, sabe-se que o homem adoece, primeiramente na sua mente, na maneira equivocada de pensar, agir e sentir e que irão paulatinamente, causando alterações no físico, como por exemplo dores, lesões orais, problemas gengivais, aumento no número de cárie ou dificuldade em manter sua higiene oral como antes, uma gama variada e extensa de condições podem acontecer e que somente através da percepção disto, que o indivíduo procura ajuda profissional para resolver o seu problema (FONTES, 2012).

2.1.1 Preparo do medicamento homeopático

Para o preparo dos medicamentos homeopáticos são elaboradas tinturas de partes específicas de plantas, minerais e animais, que são diluídas e agitadas, gerando as dinamizações. Por este motivo, na Homeopatia as tinturas recebem o nome de “Tinturas-Mãe”. As tinturas são preparações hidroalcoólicas que tem como resultado a extração dos princípios ativos de vegetais ou animais. O método farmacotécnico de dinamização (centesimal Hahnemanniana ou CH) consiste em diluições centesimais e sucessivas da substância matriz, ou tintura-mãe acompanhadas de 100 agitações vigorosas (sucussões) por passagem.

2.1.2 Filosofia de tratamento homeopático

De acordo com Samuel Hahnemann, o tratamento homeopático através do medicamento, promove a possibilidade do restabelecimento do equilíbrio orgânico, induzindo a restauração da saúde por suas próprias forças, de dentro para fora, estendendo a perspectiva sobre a vida, numa possibilidade de ampliar a arte de curar (NASH, 1999).

Tradicionalmente as escolas médicas homeopáticas são classificadas em:

- Unicistas - quando seus seguidores prescrevem apenas um medicamento, em dose única ou repetida; através de uma única substância procuram curar a doença do seu paciente;
- Pluralistas – quando prescrevem vários medicamentos, administrados juntos em uma formulação (complexo), ou de forma alternada, geralmente em potências mais baixas;
- Complexistas – quando prescrevem vários medicamentos preparados em uma só formulação;
- Alternistas – quando alternam os diversos medicamentos homeopáticos.

2.2 Doença de Alzheimer

Em se tratando da Doença de Alzheimer, atualmente não existem medicamentos capazes de interromper ou modificar o curso dela, porém, embora ainda incurável, esta doença é tratável. O tratamento inclui abordagens não farmacológicas e farmacológicas combinadas ou isoladas. As metas prioritárias do tratamento são melhorar a qualidade de vida, maximizar o desempenho funcional dos pacientes e promover o mais alto grau de autonomia factível pelo maior tempo possível em cada um dos estágios da doença (MACHADO et al., 2006).

Descrita por Alois Alzheimer em 1906, a DA representa 15 milhões de pessoas no mundo. No Brasil 1,2 milhões de pessoas são acometidas pela doença, contudo sem diagnóstico (ILHA et al., 2017).

A DA caracteriza-se por degeneração que acomete inicialmente a formação hipocampal, o centro de memória de curto prazo. Posteriormente, atinge áreas corticais associativas, havendo relativa preservação dos córtices primários. Compromete a memória, afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária (COELHO et al., 2009).

A DA ocorre quando a proteína Tau responsável pela manutenção da estrutura dos neurônios, os microtúbulos, compostos por tubulina, não conseguem promover a ligação entre esses componentes e se retorcem, formando emaranhados neurofibrilares e o acúmulo de placas beta amiloides. Os neurônios entram em colapso e morrem, comprometendo a função dos neurotransmissores. Tais alterações ocorrem em estruturas do lobo temporal medial, incluindo o hipocampo e o giro para hipocampal, córtex entorrinal, amígdala e prosencéfalo basal, regiões do cérebro envolvidas com o aprendizado, a memória e o comportamento emocional (CERA, 2010; CAMPOS, 2015).

As evidências científicas sugerem uma etiologia multifatorial para a DA: fatores genéticos e ambientais, possivelmente agindo por meio de complexas interações, modulariam o risco de desenvolvimento da doença. Até o presente, os fatores de risco para a DA estabelecidos são: idade, história familiar positiva, síndrome de Down, baixo nível educacional e gênero feminino (após 80 anos de idade) (MACHADO, 2006). E o nível de gravidade da DA é comumente dividido em três estágios: leve, moderado e grave.

A progressão dos sintomas na descrição do curso típico da doença pode sofrer grandes variações. Os vários domínios cognitivos e não cognitivos podem ser afetados em cada paciente de modo distinto, ou seja, são diversas as formas de apresentação clínica e de progressão da doença e, provavelmente, de resposta ao tratamento. A piora progressiva dos sintomas ocorre de forma gradual e contínua, usualmente em um período de 8 a 12 anos (MACHADO, 2006). O prejuízo de memória é um dos sintomas mais precoces e pronunciados. Com o avanço da doença ocorre

prejuízo da linguagem, do desempenho intelectual, independência e autonomia (SPACCAVENTO et al., 2009), sendo a fase grave caracterizada pela perda da capacidade de realizar independentemente as atividades básicas da vida diária (ABVDs), como alimentação, banho e locomoção (SCHAFIROVITS-MORILLO et al., 2010).

O diagnóstico inicial é clínico, com a utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem; o definitivo só é possível *post mortem*, mediante exame histopatológico do tecido cerebral, determinado pela distribuição e densidade dos achados. A doença apresenta fases durante a evolução, com sobrevida que pode chegar a 20 anos, mas a média de sobrevida é de oito anos (GONÇALVES et al., 2012; XIMENES et al., 2014).

Em decorrência das suas características - perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais, os pacientes com a DA apresentam risco elevado de doenças bucais devido à precarização dos cuidados com a própria higiene, associada aos efeitos colaterais dos fármacos utilizados para a estabilização do quadro e diminuição dos sintomas decorrentes da evolução da doença (HUGO et al., 2007).

A saúde bucal desses pacientes, geralmente, está relacionada a problemas periodontais (gingivite e periodontite) pela deficiência no controle do biofilme dental, lesões cariosas (cárie radicular), uso de próteses mal adaptadas e desgastadas, lesões de mucosa, mucosite, hipossalivação ou xerostomia, junto a falta de ações preventivas para promoção e adequação do meio bucal. Diagnosticada a doença, a anamnese e a avaliação clínica são fundamentais para a definição da conduta odontológica mais adequada (RABELO et al., 2020).

É muito comum apresentar xerostomia (secura bucal) nos pacientes com DA, pois sugerem-se que há uma associação entre os distúrbios neurológicos e a disfunção salivar (GITTO et al., 2001; HENRY et al., 1997). Estudos mostram que a secreção salivar da glândula submandibular em pacientes com a doença de Alzheimer é significativamente menor do que em pacientes saudáveis (SHIP et al., 1990).

O tratamento da DA tem a proposta de controlar e retardar os danos para o indivíduo, com base na estratégia terapêutica em três pilares, pois não existe cura:

melhorar a cognição, retardar a evolução e tratar os sintomas e as alterações de comportamento (MIRANDA et al., 2010; FERREIRA et al., 2014).

2.2.1 Fases da Doença de Alzheimer e a Odontologia

2.2.1.1 Fase Inicial

Com duração entre 0 a 4 anos, inicialmente, verifica-se o leve déficit de memória, desorientação no tempo e no espaço, alteração da personalidade e do senso crítico. Nesta fase, o indivíduo ainda consegue realizar algumas das atividades diárias, mas a forma de fazer é mais ineficiente e com menos interesse. O paciente deve ser assistido no ambiente do consultório odontológico, e o profissional deve insistir em personalizá-lo, chamando-o pelo nome, promover um ambiente acolhedor e sempre explicitar para ele o que será executado, independente do seu entendimento; o acompanhante deve permanecer ou não na sala, conforme a vontade do mesmo. O treinamento de cuidadores e familiares são mais efetivos nessa fase, por aumentar a dificuldade de higienização e aceitação do paciente para a realização dos procedimentos clínicos (FRIEDLANDER et al., 2006).

Este período constitui o momento adequado para se realizar qualquer tipo de procedimento clínico odontológico, enfatizando ações preventivas e preparando o sistema estomatognático, adequadamente, para as alterações advindas da evolução da doença. Assim, compete ao cirurgião-dentista adequar o meio bucal deste paciente, orientar os próprios pacientes, cuidadores e familiares a respeito da manutenção da higiene bucal, por meio de técnicas de higienização adequada como o uso da escova elétrica, controlar regularmente o biofilme, optar por restaurações com o caráter funcional, ajuste oclusal, reembasamento das próteses, tratamento periodontal (combate à gengivite, periodontite), e tratamento de algumas patologias (FRIEDLANDER et al., 2006).

O plano de tratamento deve ser criterioso, prevenindo futuros problemas de saúde bucal e preservação das condições clínicas do paciente, e as atividades lúdicas

podem facilitar a relação paciente e profissional e a formação de vínculos (RABELO et al., 2020).

2.2.1.2 Fase Moderada ou Intermediária

Na sequência, na fase moderada ou intermediária, perdura entre 2 e 8 anos a partir do diagnóstico clínico e é neste período que se inicia a dependência total para as AVDs (GURGEL et al., 2012; ILHA et al., 2012), devido à apraxia (incapacidade de realizar um ato motor de maneira correta). O déficit de memória, a perda do domínio cognitivo, da linguagem, da atenção, a dificuldade em executar funções e a perda da orientação espacial se acentuam. O paciente torna-se pouco receptivo ao tratamento odontológico. Acentuam-se o desconhecimento dos objetos, inclusive a escova dentária (agnosia), e a dificuldade de coordenar a execução de movimentos (apraxia), necessitando de ajuda. Ocorrem também, nesta fase, alterações do sono, fenômeno do pôr-do-sol ou crepúsculo, além de delírios, alucinações, agitação, apatia e sintomas depressivos e uma forte associação com perdas materiais. Os familiares e cuidadores devem ficar atentos a necessidade da ajuda buscando fazê-lo com sutileza e respeito, sempre explicando passo a passo do que será feito (RABELO et al., 2020).

Nesta fase da doença, o cirurgião-dentista deve estar bem atento às dificuldades de expressão de linguagem, principalmente em relação a dor. Inicia-se então uma fase de semi - dependência das atividades, principalmente, da higienização bucal e manutenção das condições favoráveis a uma boa saúde quando se observa a falta de cooperação do paciente em aceitar a realização de intervenções odontológicas. O paciente necessita de acompanhamento constante, podendo ser, ainda, no consultório odontológico ou em domicílio, onde ocorre maior interação com o paciente, a família e todos os profissionais da saúde (BRUNETTI et al., 2002).

O planejamento odontológico deve contemplar as principais necessidades, com ênfase na remoção de focos de infecção como problemas periodontais, na eliminação de qualquer fator possível determinante de dor e saneamento de úlceras traumáticas causadas por próteses mal adaptadas e dentes fraturados, achados muito comuns nestes pacientes. Contraindica-se o uso de próteses, proporcionando a manutenção

das condições de saúde favorável e, no sentido de prevenir a ocorrência de possíveis acidentes, como aspiração ou deglutição da mesma (FRIEDLANDER et al., 2006).

Na possibilidade da realização de procedimentos odontológicos sob sedação, seja sedação consciente com óxido nitroso ou benzodiazepínico, o planejamento deve ser realizado em conjunto com o médico. Essas ações devem ser consideradas por facilitarem a intervenção odontológica, e evita o estresse do paciente (RABELO et al., 2020).

2.2.1.3 Fase Final

No estágio final da doença, com duração de 6 a 10 anos, o indivíduo encontra-se incapaz do autocuidado, com dificuldade para alimentar-se, locomover - se, apresentando também descontrole esfinteriano e de comportamento, ficando agressivo e ansioso. Fica acamado, e na maior parte do tempo em posição fetal. Nesta fase, o cuidado a pessoa com DA traz para a família e o cuidador, sentimentos e emoções difíceis, que resultam em isolamento social, restrições de atividades e sofrimento, precisando, também de cuidados (ILHA et al., 2012).

Nesta fase, o cirurgião-dentista deve estar preparado para participar de um ciclo de atenções à saúde do paciente, incluindo os cuidados paliativos, onde é discutida a necessidade de intervenção odontológica no andamento da doença. Observa-se o risco de desnutrição e o progresso gradual leva o paciente ao coma e morte (GOIATO et al., 2006).

Aspecto relevante para o cirurgião dentista na abordagem aos pacientes com DA é observar seu comportamento. Esses pacientes reagem à dor na cavidade oral com agitação, recusa da alimentação e hábitos injuriantes, como morder os lábios e bater no rosto. A candidíase deve ser observada e tratada, pois é comum nesses pacientes, pela baixa da defesa imunológica e déficit nutricional (OLIVEIRA et al., 2012). A reabilitação protética nem sempre é a opção mais adequada devido à incapacidade do autocuidado. A realização de tratamentos complexos e demorados deve ser evitada e o cirurgião-dentista deve atuar, exclusivamente na remoção de focos infecciosos, principalmente se relacionada a pneumonia aspirativa e

sintomatologia dolorosa que acabam afetando a condição geral de saúde do paciente (FRIEDLANDER et al., 2006).

É importante que, logo após o diagnóstico, seja feita a consulta odontológica e o planejamento necessário, com a evolução da doença, esses procedimentos tornam-se inviáveis; quando indispensável, a mesma conduta deve ser realizada em nível hospitalar/domiciliar. A indicação da saliva artificial é importante para evitar a boca seca e a possibilidade de cárie. O uso do flúor deve ser preferencialmente através da escovação, e as escovas podem ser ajustadas à necessidade do paciente, com facilidades do cuidado desde a dedeira, de utilização para bebês, a escovas elétricas e com a haste modificada (BACELOS et al., 2015). O uso de facilitadores - expansores bucais, abridores de boca, instrumental adequado e iluminação direta são ferramentas auxiliares na realização de procedimento clínico, além da colaboração dos cuidadores, muitas vezes sem capacitação adequada para a realização de certos procedimentos referentes à manutenção da saúde bucal desses pacientes (GOIATO et al., 2006).

2.3 Hipossalivação / Xerostomia

A saliva é um fluido biológico produzido no interior das glândulas salivares, possui composição complexa de enzimas, imunoglobulina A, lactoferrina, histatinas e defensinas, que fornecem atividade antimicrobiana local, atua também, como um solvente para realçar o sabor e facilitar as etapas iniciais da digestão (BAUM, 1981; SHIP et al. 1995), capaz de desempenhar funções imprescindíveis à manutenção da saúde, como por exemplo: a lubrificação dos tecidos duros e moles da cavidade bucal, a manutenção da integridade da mucosa, a limpeza, a remineralização dental, a digestão, a fonação, dentre outras (RUDNEY, 1995). Também, ajuda a manter um pH oral neutro e fornece um reservatório de íons de cálcio e fosfato para remineralizar os dentes, protege a mucosa oral e os dentes contra substâncias nocivas; lubrifica a boca para facilitar a mastigação, deglutição e fala; e reduz o trauma do tecido (BAUM, 1981; SHIP et al., 1995).

De acordo com SCHNEYER et al. (1967), a saliva tem sua produção de até 1,5 litros por dia em adultos saudáveis, é responsável por lubrificar e proteger a cavidade oral e a faringe superior. Além disso, modula a concentração das populações

microbianas no interior da cavidade oral, protege os dentes participando do processo de remineralização e auxilia na preparação do bolo alimentar inicial. O autor ainda cita que os seres humanos possuem dois tipos de glândulas salivares, as maiores e as menores. Essas são compostas por um sistema bem vascularizado de ácinos e ductos, e divididas em lobos e lóbulos, separados por septos de tecido conjuntivo que contêm vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervos e ductos. Há três pares de glândulas salivares maiores: parótidas, submandibulares e sublinguais. As glândulas parótidas são compostas puramente por elementos serosos, enquanto as glândulas submandibulares e sublinguais contêm células tanto mucosas quanto serosas.

A saliva é um dos fluidos mais essenciais do corpo. Os pacientes nunca percebem o quão importante é até que desapareça, e as coisas comuns, como comer ou falar, se tornam um problema diário (SREEBNY, 2000). Dessa forma, a saliva, em um volume adequado, tem papel fundamental para uma boa qualidade de vida, uma vez que, associada a uma condição de saúde bucal satisfatória, ela protegerá o paciente de infecções da mucosa, cáries, dentre outros problemas (DIEP et al., 2021).

A hipossalivação é definida como uma taxa de fluxo salivar abaixo de 0,1–0,2 ml / min (não estimulada) ou 0,7 ml / min (estimulada) (PORTER et al., 2004; SCULLY, 2003). Já a xerostomia é definida como uma sensação subjetiva de secura bucal, que geralmente está correlacionada com diminuição do fluxo salivar (hipossalivação) (FOX et al., 1985). O tipo mais comum de xerostomia é induzido por medicamentos, pois 80% dos medicamentos mais comumente prescritos provocam redução da excreção de saliva glandular (PORTER et al., 2004; ALPOZ et al., 2015).

Embora a xerostomia possa afetar pessoas de várias idades, é mais provável que ocorra entre as pessoas idosas devido a vários fatores etiológicos, dentre elas a doença de Alzheimer (SREEBNY, 2000). Nas pessoas idosas, ocorre uma clara perda linear de células acinosas, responsáveis pela produção de saliva, e estas são substituídas por gordura ou tecido conjuntivo (BRUNETTI et al., 2002). Estudos detalhados de glândula submandibular tem sido relatado e mostrado que glândulas de pessoas idosas tem uma perda em média de 40% das células ácinos, sendo que na parótida a perda é um pouco menor (30%) enquanto nas glândulas labiais menores pode chegar a 45% da quantidade observada nos mais jovens (HOLM-PEDERSON et al., 1996).

Os pacientes que apresentam xerostomia, frequentemente, queixam de dificuldade de engolir alimentos (especialmente alimentos secos) sem líquido, ter sensação de queimação quando come alimentos picantes e frutas (ATKINSON et al., 1994; MELLO, 2005), de língua dolorosa, de diminuição do paladar, desconforto oral, dor, mucosite, aumento de incidência de cáries e periodontal. (TROMBELLI et al., 1992; GREENSPAN, 1996; NELSON et al., 1998; PAPAS et al., 1998).

As implicações bucais de xerostomia podem ocorrer tanto nos tecidos moles como nos tecidos duros. A alteração da película salivar faz com que os tecidos moles ficam mais susceptíveis à descamação, despitelização e injúrias do meio bucal, facilitando a colonização de micro-organismos oportunistas, que por sua vez favorece a inflamação da mucosa (mucosite), presença de ulcerações dolorosas, infecções locais (candidíase), sensibilidade, queilite angular, ardor na mucosa e língua, como consequência o paciente tem dificuldade em comer, falar, usar prótese e dormir, interferindo na qualidade de vida (SPIELMAN et al., 1981; SREEBNY, 1989; VALDEZ et al., 1993).

Em 2005, HAILA et al. selecionaram 28 pacientes com xerostomia para participar de um estudo duplo cego, placebo-controlado e longitudinal, avaliando os possíveis efeitos de medicamentos homeopáticos no desconforto oral. Todos os pacientes foram inicialmente divididos em dois grupos de acordo com a sua medicação. Depois disso, os dois grupos foram aleatoriamente designados para o grupo experimental ou de controle. A maioria dos pacientes tinha doença sistêmica, como a artrite reumatóide e/ou síndrome de Sjögren, fazendo o uso de medicação diária. O grupo experimental, selecionado aleatoriamente (n=15), recebeu um remédio homeopático prescrito individualmente e o grupo controle (n=13) uma substância placebo (grânulos de açúcar), ambas durante 6 semanas. A xerostomia foi avaliada e com apenas duas exceções, o grupo experimental apresentou um alívio significativo da xerostomia visto que esse efeito não foi encontrado no grupo de placebo. A taxa de fluxo salivar estimulada foi ligeiramente maior no grupo da homeopatia em relação ao do placebo, mas não ocorreram alterações consistentes na imunoglobulina salivar (IgA, IgG). Os resultados sugeriram que, individualmente prescritos, medicamentos homeopáticos podem ser um valioso complemento para o tratamento de desconforto oral e sintomas xerostômicos.

2.3.1 Diagnóstico da Xerostomia

NAVAZESH (2003) elaborou vários passos clínicos que podem ajudar a detectar precocemente a hipofunção da glândula salivar e prevenir as complicações mais severas. São identificados 4 passos:

a) Identificar as queixas principais do paciente e a história da doença - São feitas 4 perguntas para ajudar a identificar se a pessoa apresenta hipossalivação ou que corre risco de desenvolvê-la (FOX et al., 1987): sensação de que há demasiadamente pouca saliva, muita saliva ou não observa diferença na boca; tem alguma dificuldade para engolir; sente ressecamento na boca ao comer e sente necessidade de ingerir líquidos para deglutir alimentos secos. A resposta “sim” ao "demasiadamente pouca saliva" é uma indicação de que a saliva em repouso está reduzida. A resposta “sim” a algumas das três últimas perguntas é uma indicação de que a saliva estimulada está reduzida. Estas perguntas podem ser usadas para identificar pacientes que são atualmente assintomáticos, mas que correm o risco de desenvolver complicações de secreção de saliva reduzida. Para pacientes sintomáticos, aqueles que vem ao dentista com queixas de boca seca, é melhor documentar o início, a frequência e a severidade da condição da boca seca.

b) História médica e revisão de sistema do corpo - Ao rever a história médica, os dentistas devem ter em mente esses fatores (NAVAZESH et al., 1996; YOUNAI et al., 2001; PAJUKOSKI et al., 2001; LITTLE, 2002; SLAVKIN, 2002):

- a secreção salivar é afetada pela natureza, pela severidade, pelo número e pela duração de uma variedade de desordens sistêmicas e medicações médicas;

- as mulheres são mais suscetíveis do que os homens a determinados problemas médicos e que podem afetar a secreção salivar (por exemplo, a Síndrome de Sjögren, artrite reumatoide, escleroderma, hipotireoidismo, depressão, desordens alimentares);

- os hábitos nutritivos e dietéticos, assim como as práticas da higiene oral, têm um impacto profundo no teste padrão e na severidade de complicações orais da hipofunção da glândula salivar;

- o tabaco, o álcool e as drogas podem afetar a qualidade ou a quantidade de saliva.

c) Avaliação clínica - A avaliação das glândulas salivares é feita através da palpação destas, devendo verificar se houve aumento de volume, alteração de consistência, a falta ou diminuição de saliva e a contaminação da saliva (com sangue ou pus) na palpação. Deve-se verificar se os lábios, mucosa e língua estão secos, rachados, fissurados, lobulados e eritematosos. Para avaliar a secura da mucosa bucal, o dentista pode pegar uma espátula de madeira e colocar de encontro a mucosa oral (geralmente na bochecha). Se a mucosa aderir à espátula quando o dentista tentar afastá-la da mucosa é um sinal de que o tecido está seco e há uma redução na secreção salivar. Também deve-se verificar se há restaurações extensas, cáries rampantes e se as cáries envolvem as superfícies incisal, cervical ou a superfície radicular. Além de fazer as avaliações nas glândulas salivares, no tecido mole e no tecido duro da boca, também deve-se prestar atenção ao estado físico e emocional do paciente. Por exemplo, se o paciente aparenta estar anoréxico, bulímico, deprimido, ansioso, subnutrido ou obeso, ou parece estar sob influência de alguma medicação.

d) Avaliações complementares - São vários os testes complementares que podem ser tais como os testes sialométricos e estudos de imagens.

- Avaliação sialométrica: 1) Coleta de saliva total em repouso - os pacientes são instruídos a não beber, não comer, não fumar, não fazer higiene oral e não pôr qualquer coisa em suas bocas por 90 minutos antes de coletar a saliva. A coleta tem que ser feita num ambiente tranquilo, com o paciente sentado e cabeça levemente inclinado para frente e com mínimo de movimento de corpo e face. Após a deglutição inicial, são cronometrados cinco minutos de coleta, enquanto a saliva do paciente escorre continuamente através do lábio inferior para um recipiente de coleta, e deve-se controlar até o tempo estipulado. 2) Coleta de saliva total estimulada – existe teste por estimulação química onde é aplicado ácido cítrico a 4% na língua, bilateralmente, a cada 20 segundos, sendo a saliva coletada durante pelo menos dois minutos (NIEW AMERONGEN et al., 2003). Pode ser feito outro teste por estimulação mecânica em que o paciente mastiga um pedaço de parafina, sem sabor, durante cinco minutos (FEIO et al., 2005), ou mastigar um pedaço de chiclete por aproximadamente 45 vezes por minuto, por cinco minutos. O paciente irá cuspir a saliva no recipiente de coleta a cada minuto para um total de cinco minutos. O clínico calcula então a taxa de fluxo salivar dividindo a quantidade (peso ou volume) de saliva coletada pela duração do

período de coleção (cinco minutos). Pesquisadores consideram que a taxa de fluxo salivar em repouso de 0.1 a 0.2 ml/min (ou g/min) e a taxa de fluxo salivar sob estímulo de 0.7 ml/min (ou de g/min) são baixas (SHIP et al., 1991; NAVAZESH et al., 1992; OXHOLM et al., 1996). Já PINTO-COELHO et al., 2002 consideram que as médias das secreções salivares em repouso e sob estímulo são de 0,3-0,4 ml/min e 1-2 ml/min, respectivamente. Uma pessoa é considerada portadora de hipofunção salivar quando apresenta uma secreção inferior à metade da média.

-Diagnóstico por meio de imagens- podem usar desde uma radiografia simples até técnicas invasivas como a sialografia, que por meio da aplicação de um contraste radiopaco permitirá confirmar uma obstrução (LOPEZ et al., 1996).

2.4 Repertório Homeopático

O Repertório Homeopático é um índice de sintomas coletados a partir de registros toxicológicos, experimentações em indivíduos sãos e curas na prática clínica, que são reproduzidos e artisticamente arranjados de uma forma prática, auxiliando a encontrar o sintoma requerido conjuntamente ao medicamento ou grupo deles, os quais são citados em diferentes graus, com o intuito final de facilitar a rápida seleção do “simillimum”.

A repertorização representa o método pelo qual o homeopata, após ter selecionado e localizado no repertório os sintomas mais importantes de um caso e através da comparação dos medicamentos relacionados em cada um destes sintomas na forma de rubrica repertorial, busca chegar a um denominador comum constituído por um número limitado de medicamentos (RIBEIRO FILHO, 2022).

3. Discussão

3.1 Homeopatia

Para a Homeopatia, além das constatações e dos exames realizados, ela investiga detalhadamente tudo o que for possível, para saber precisamente em que um indivíduo difere dos outros que possuem o mesmo diagnóstico clínico, mas que faz deste enfermo um indivíduo em particular. Aqui está a grande diferença, entre a terapia clássica e a Homeopatia, pois, enquanto uma generaliza todos os casos e os classifica em grandes categorias, a Homeopatia individualiza cada caso, porque possui meios próprios que lhe permitem isso (SILVA et al., 2023).

O uso da homeopatia para tratamento complementar está sendo bastante estudado. KLEIJNEN et al. (1991) analisaram a quantidade metodológica de 107 ensaios clínicos homeopáticos placebos – controlados, concluindo que apenas 22 trabalhos (20%) foram considerados de qualidade metodológica satisfatória. Dentre estes 22 trabalhos, 15 (68%) mostraram eficácia do tratamento homeopático frente ao placebo. Em vista desses resultados, concluíram haver evidência positiva, mas não suficiente para se tirarem conclusões definitivas.

LINDE et al. (1998) realizaram uma revisão sistemática de 89 ensaios clínicos homeopáticos placebos-controlados, concluindo que os resultados observados no tratamento homeopático não eram efeitos-placebo (resultado 2,45 vezes superior da homeopatia frente ao placebo). Devido à quantidade insuficiente de ensaios clínicos de uma mesma entidade nosológica para que metanálises específicas fossem realizadas, os autores agruparam todos os tipos de trabalhos homeopáticos em sua revisão, sendo criticados por terem adotado esta metodologia.

De acordo com LIMA et al. (2018), os cirurgiões dentistas que conciliam a homeopatia com o atendimento clínico, contribuem para enaltecer a profissão, visto que o paciente terá maior segurança e confiabilidade no profissional, o que proporciona fidelidade de atendimento e maior valorização do Cirurgião-Dentista. Além do mais, a grande vantagem da correlação da homeopatia com a odontologia é que ela não apresenta contraindicações, podendo ser aplicada em adultos, crianças e pacientes especiais.

Conforme JORGE-GIORGI et al. (2021), diagnosticar vai além do que detectar uma cárie, identificar a necessidade de uma prótese, uma extração, ou qualquer outro procedimento, pois diagnosticar deve incluir o conhecimento dos aspectos psicológicos, comportamentais, sociais, atitudes e expectativas dos pacientes, a sua maneira de ser, em relação à saúde geral e especificamente de sua boca. Mente sadia em corpo sadio. Bocas saudáveis em indivíduos saudáveis. A Homeopatia ajuda na compreensão individual ajudando a melhorar a conscientização e motivação de nossos pacientes.

Embora não haja uma cura para a DA, uma prática integrativa e complementar bastante eficiente para combater os seus sintomas é a homeopatia. Os medicamentos homeopáticos são uma boa maneira de ajudar a tratar partes específicas da DA minimizando os seus sintomas, além de retardar o seu progresso, constituindo-se como um complemento a alopatia.

3.2 Doença de Alzheimer

Com o diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer, é possível retardar a evolução e controlar melhor os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida para o paciente e sua família (ALMEIDA, 2022), porém antes de iniciar qualquer tipo de tratamento, é preciso fazer uma boa anamnese, identificar queixas principais do paciente, avaliar o histórico médico e fazer avaliações clínicas (língua, lábios, mucosa, glândulas salivares e dentição) e se for necessário, utilizar outros métodos de diagnóstico, como avaliação sialométrica, microbiana, sorológica, imagens e outros (NAVAZECH, 2003).

De acordo com RABELO et al. (2020), a Doença de Alzheimer apresenta evolução gradual, com deterioração da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional, capacidade de comunicação, pensamentos abstratos (paranoias e alucinações) tendo como consequência a incapacidade e exclusão social. Inicia-se com redução motora e cognitiva chegando à perda da autonomia pessoal, inviabilizando a realização das atividades da vida diária (AVDs) como nutrição e cuidados básicos de higiene oral. Com isso é condição essencial que os cirurgiões-dentistas conheçam as características clínicas da DA para que os cuidados

odontológicos sejam planejados prevendo as etapas evolutivas da doença e a percepção dos pacientes e seus cuidadores.

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

É de competência e responsabilidade do cirurgião-dentista adequar o meio bucal, no sentido de melhorar a fisiologia do sistema estomatognático e, principalmente, orientar os próprios pacientes, cuidadores e familiares a respeito da manutenção da higiene bucal, proporcionando assim, uma melhora na qualidade de vida do idoso (MIRANDA et. al., 2010).

Por meio de diagnóstico e manejo adequados, o dentista pode ajudar a trazer algum alívio ao paciente com xerostomia (BIVONA, 1998).

3.3 Hipossalivação / Xerostomia

É notório a relação entre os problemas de saúde bucal e a Doença de Alzheimer. A xerostomia, induzida pelo uso de medicações ou devido a distúrbios neurológicos associados a disfunção salivar, além de representar uma complicação pode tornar-se um fator de risco para outros problemas bucais como cáries e problemas periodontais.

O tratamento de xerostomia é baseado em: medidas preventivas de higiene bucal, manejo dos tecidos moles e duros, estimulação das glândulas salivares, seja mecânica ou gustativa, estimulação por medicamentos, uso de saliva artificial, controle das infecções, suspensão, diminuição ou substituição das drogas por outras, com menos efeitos anticolinérgicos (ANGELI et al., 1995; VALICENA et al., 2001).

Várias recomendações são orientadas aos pacientes para obter uma melhora na sintomatologia de boca seca: melhorar e reforçar a técnica de escovação, usando escovas apropriadas; fazer o uso diário das soluções de gluconato de clorexidina a 0,12% (VALICENA et al., 2001; PINTO-COELHO et al., 2002); a dieta deve ser líquida e liquefeita, com preferência por alimentos cremosos e frios; evitar alimentos muito duros ou secos, condimentados ou ácidos; evitar o uso de tabaco, café, bebidas alcoólicas ou carbonatadas; ingerir bastante água, pelo menos 2 litros por dia; tratar dentes cariados; fazer reembasamento ou substituir próteses mal adaptadas e retornos frequentes ao dentista.

O uso da homeopatia para tratamento da hipossalivação / xerostomia está sendo bastante estudado. CHEBEL (2012) em seu estudo de tese conseguiu provar a eficácia do tratamento homeopático sobre o placebo no tratamento de sintomatologia da ardência bucal ou xerostomia, com melhoras estatisticamente significativas. Entretanto por se tratar do primeiro estudo neste formato na área, mais pesquisas são indicadas para comprovar a real efetividade do tratamento. E respeitado os princípios homeopáticos básicos de individualização da medicação.

Na Odontologia, cada vez mais o Cirurgião-Dentista está evoluindo para uma clínica que visa o conhecimento do organismo em geral, analisando o paciente de modo mais completo e não somente as alterações bucais (JORGE-GIORGI et al., 2021).

3.4 Repertório Homeopático

Em excursão ao repertório homeopático do Dr. Ariovaldo Ribeiro Filho (2022), foi repertorizado os seguintes sintomas: mental – Alzheimer, doença de; mental – Alzheimer, doença de, totalmente, falando; boca – seca; e os medicamentos mais pontuados na repertorização e que cobrem os três sintomas citados foram o *Hyoscyamus niger* com 8 pontos, *Arsenicum album* e *Baryta carbonica* com 6 pontos cada um e o *Conium maculatum* com 4 pontos. A seguir, segue uma breve descrição sobre esses medicamentos homeopáticos:

- *Hyoscyamus niger*: Como sintomas mentais as pessoas são irritáveis, nervosas, histéricas, apresentam doenças com aumento da atividade cerebral, mas de tipo não inflamatório, histeria ou *delirium tremens*, delírio com agitação, salta da cama, tenta escapar, dá respostas irrelevantes, acha que está no lugar errado, fala de feitos imaginários, não tem desejos ou queixas, tem medo de estar sozinho, de veneno, de ser mordido, de ser vendido, de comer ou beber, de pegar o que lhe oferecem, desconfiado de alguma trama. Com relação a saúde bucal, de acordo com VIJOVSKY (2003) a pessoa apresenta boca seca, saliva salgada, sanguinolenta, espuma bucal, hálito fétido, língua quente e adormecida, como se estivesse queimada, língua seca como couro, rachada, com capa marrom ou negra, ou vermelha e sangrante, paralisia da língua, piora ao querer estica-la, choca-a contra os dentes, odontalgias desgarrantes e pulsáteis piores ou produzidas pelo ar frio e pela manhã, que o acordam, produzindo ou acompanhadas de sacudidas espasmódicas dos músculos da face, braços e mãos, com face vermelha e quente e gengivas inchadas, em pessoas hipersensíveis, nervosas e excitadas, dentição difícil, sente os dentes muito grandes ou moles, range os dentes, piora durante as convulsões, ou dormindo, tendência a ficar com os dentes apertados, fuliginosidades sobre os dentes, ausência de paladar.

- *Arsenicum album*: Como sintomas mentais a pessoa sente grande prostração, com rápido declínio das forças vitais, desfalecimento, é depressiva, melancólica, desesperante, indiferente, ansiosa, medrosa, inquieta, cheia de angústia, irritável, sensível, rabugenta, facilmente encolerizada, quanto maior o sofrimento maior a angústia, a agitação e o medo da morte. Mentalmente inquieto, fisicamente muito fraco para se mover, não consegue descansar em lugar algum, muda constantemente de lugar, quer ser removido de uma cama para outra, quando se move fica surpreso por se encontrar tão fraco. Com relação a saúde bucal, de acordo com VIJOVSKY (2003) a pessoa apresenta gengivas sangrentas, dolorosas, ardentes e inchadas, língua fendida, seca, com ardor ou sensação de queimação, lisa, polida, com papilas linguais eretas, ou grandes na ponta, e vesículas, língua azulada, marrom ou vermelha nas bordas e ponta, como se estivesse pintada de branco ou prateada, com as bordas dentadas, língua mapeada, boca seca com hálito fétido, cadavérico, pútrido, gosto amargo, pior depois de comer ou beber, pútrido ou adocicado pela manhã, úlceras queimantes, malignas na boca e língua, aftas azuladas ou brancas, gangrena de

língua, na boca de crianças, range os dentes acordado ou dormindo, odontalgias que melhoram pelo calor do aquecimento, piora no inverno, dilacerantes, pioram quando deitado do lado dolorido e no pré-menstrual, melhora pelo calor, dentes moles e dolorosos.

- *Baryta carbonica*: Como sintomas mentais a pessoa apresenta uma memória deficiente, esquecido, desatento, tem suor malcheiroso nos pés, resfriam-se facilmente ficando sujeitas a amigdalite, como doenças de homens idosos apresentam hipertrofia ou endurecimento da próstata e dos testículos, fraqueza mental e física, tendência apoplética em velhos, queixas de velhos beberrões, dor de cabeça em pessoas idosas, que são infantis. Com relação a saúde bucal, de acordo com VIJOVSKY (2003), a pessoa apresenta lábios secos e fendidos, lábio superior inchado, com dor ardente, dor aguda na articulação têmporo-maxilar ao fechar as mandíbulas, sente odontalgia ao anoitecer na cama, que se irradia ao ouvido e têmpora, piorando ao pensar nela, em cáries, causada por alguma coisa quente e no pré-menstrual, sangramento gengival, fistula dental, paralisia e endurecimento da língua em idosos, secura na boca de manhã, sialorreia noturna, molha o travesseiro dormindo, hálito fétido, vesícula na boca e língua, fendas na língua, com dor ardente, paladar amargo, ácido.

- *Conium maculatum*: Como sintomas mentais a pessoa apresenta memória fraca, incapaz de sustentar qualquer esforço mental, tem medo de ficar sozinho, embora evite companhia, ofende-se facilmente, dominador, briguento, xinga, não suporta contradição, excitação de qualquer tipo causa depressão mental, indolente, indiferente, sem interesse por nada, tem suor dia e noite. Com relação a saúde bucal, de acordo com VIJOVSKY (2003) a pessoa range os dentes, apresenta odontalgia ao caminhar ao ar livre ou ao ingerir alimentos frios, gengivas inchadas, vermelho-azuladas e sangrentas, fala com dificuldade, gagueja, língua inchada, dolorida, rígida, seca, coberta de muco sujo, hálito fétido, câncer de língua, boca seca.

Reforça-se a ideia da necessidade de uma anamnese minuciosa para coleta de sintomas, tornando imprescindível incluir manifestações mentais, gerais e locais na repertorização, individualizando-a ao máximo, já que a escolha do medicamento homeopático e o sucesso no tratamento está na dependência da totalidade dos sintomas com as suas modalidades.

Na escolha do medicamento individualizado homeopático, procura-se encontrar a medicação mais específica para aquele momento de vida pelo qual está passando o paciente, não apenas focado nas suas dores locais, mas também emocionais, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

4. Considerações

O tratamento odontológico auxilia na redução das comorbidades associadas à Doença de Alzheimer e deve ser rotineiramente incluído na avaliação dos pacientes acometidos pela doença.

A abordagem terapêutica depende de um bom exame clínico, embasado nas queixas do paciente e na busca da melhora na sua qualidade de vida. Estes sintomas devem ser valorizados pelo cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde, sendo essencial incentivar e apoiar o paciente.

A individualização dos sintomas, a capacidade de observação, o bom senso, a experiência e o estudo dos conceitos e dos medicamentos homeopáticos, são decisivos para prescrições acertadas e confiabilidade no tratamento por parte do paciente.

A Homeopatia pode atuar de forma interdisciplinar junto ao tratamento convencional melhorando seus resultados (ALBUQUERQUE, 2018), mas vale destacar que ela não substitui o tratamento convencional indicado pelo médico, servindo como um complemento a ele, buscando uma cura de forma suave e duradoura com o desaparecimento dos sinais e sintomas por meio do reequilíbrio da energia vital.

Dessa forma, o cirurgião dentista deve procurar fazer parte de uma equipe multidisciplinar, incluindo outros profissionais da área de saúde como médico, psicólogo, nutricionista, assistente social entre outros, para avaliar e discutir em conjunto, realizando um tratamento odontológico com sucesso dos pacientes com xerostomia e Doença de Alzheimer e assim melhorando a qualidade de vida deles.

Entretanto como não há estudos suficientes que relacionam a homeopatia com a melhora da secura bucal em pacientes com Doença de Alzheimer, mais pesquisas são indicadas para comprovar a efetividade no tratamento.

5. Referências

ALBUQUERQUE, L.V. Tratamento homeopático nas dermatoses crônicas do tipo líquen: estudo de. Revista de Homeopatia, v. 81 n.3/4, p. 25-31, 2018.

ALMEIDA, L. Alzheimer: Diagnóstico precoce é fundamental para melhor qualidade de vida. Disponível em <https://newslab.com.br/alzheimer-diagnostico-precoce-e-fundamental-para-melhor-qualidade-de-vida/>. Jan. 2022. Acesso em: Julho / 2023.

ALPOZ, E.; CANKAYA, H.; GUNERI, P.; EPSTEIN, J.B.; BOYACIOGLU, H.; KABASAKAL, Y.; OCAKCI, P.T. Impact of Buccothermâon xerostomia: a single blind study. Special Care Dentistry, v. 35, n. 1, p. 1–7, 2015.

ANGELI, R.D.; COSTA, S.S. Xerostomia: manejo ambulatorial. RBM-Otorrinolaringologia, v. 2, n. 4, p. 245-7,250, 252-4, 1995.

ATKINSON, J.L.; WU, A.J. Salivary gland dysfunction: causes, symptoms and treatment. J Am Dent Assoc., v. 125, p. 409-416, 1994.

BACELOS, M.R.P. O paciente odontogeriatrico com Doença de Alzheimer: uma revisão da bibliografia. Lisboa/Portugal, 2015. [Dissertação de Mestrado – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Muniz].

BAUM, B.J. Evaluation of stimulated parotid saliva flow rate in different age groups. Journal of dental research, v. 60, n. 7, p. 1292–1296, 1981.

BIVONA, P.L. Xerostomia. A common problem among the elderly. *New York State Dental Journal*, v. 64, n. 6, p. 46-52, 1998.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatría - Noções de Interesse Clínico*. São Paulo: Artes Médicas, p. 110-1, 480, 2002.

CAMPOS, C.H. *Percepção em saúde bucal e função mastigatória em idosos portadores da doença de Alzheimer*. Piracicaba, SP; 2015.

CERA, M.L. *Apraxia of speech and apraxia nonspeech in Alzheimer's disease*. São Paulo; 2010.

CHEBEL, I.F.O. *Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto*. São Paulo, 2012.

COELHO, F.G.M.; SANTOS-GALDUROZ, R.F.; GOBBI, S.; STELLA, F. *Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática*. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 31, n. 2, p. 163-70, 2009.

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

D'HUYVETTER K.; COHRSEN, A. *Homeopathy*. *Prim Care*, v. 29, n. 2, p. 407-18, 2002.

DIEP, M.T.; JENSEN, J.L.; SKUDUTYTE-RYSSTAD, R.; YOUNG, A.; SODAL, A.T.T.; PETROVSKI, B.É.; HOVE, L.H. *Xerostomia and hyposalivation among a 65- yr-old*

population living in Oslo, Norway. *European Journal of Oral Science.*, v. 129, n. 1, p. 1-11, 2021.

FEIO, M.; SAPETA, P. Xerostomia em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port.*, v. 18, p. 459-466, 2005.

FERREIRA, R.C.; VARGAS, A.M.D.; FERNANDES, N.C.N.; SOUZA, J.G.S.; SÁ, M.A.B.; OLIVEIRA, L.F.B. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc. saúde colet.*, v. 19, n. 8, p. 3417-28, 2014.

FONTES, O.L. *Farmácia Homeopática – Teoria e Prática*. 4ª ed. S. Paulo: Manole, 2012.

FOX, P.C.; VAN DER VEN, P.F.; SONIES, B.C.; WEIFFENBACH, J.M.; BAUM, B.J. Xerostomia: evaluation of a symptom with increasing significance. *The Journal of the American Dental Association*, v. 110, n. 4, p. 519-25, 1985.

FOX, P.C.; BUSCH, K.A.; BAUM, B.J. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc.*, v. 115, p. 581-4, 1987.

FRIEDLANDER, A.H.; NORMAN, D.C.; MAHLER, M.E.; NORMAN, K.M.; JOHN, A.; YAGIELA, J.A. Alzheimer's disease Psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*, v. 137, p.1240-51, 2006.

GITTO, C.A.; MORONI, M.J.; TEREZHALMY, G.T.; SANDU, S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int.* v. 32, n. 3, p. 221-31, 2001.

GOIATO, M.C.; dos SANTOS, D.M.; BARÃO, V.A.R.; PESQUEIRA, A.A.; GENNARI FILHO, H. Odontogeriatrics and the Disease of Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, v. 6, n. 2, p. 207-12, 2006.

GONÇALVES, E.G.; CARMO, J.S. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Rev. Psicol. Saúde*, v. 4, n. 2, p. 170-6, 2012.

GREENSPAN, D. Xerostomia: diagnoses and management *Oncology (Huntingt), USA*, v. 10, p. 7-11, 1996.

GURGEL, A.L.A.; MIRANDA, A.F. Atendimento multidisciplinar em paciente idosa com Alzheimer em fase intermediária em domicílio. Relato de caso: o cirurgião-dentista como integrante. *Revista Portal de Divulgação*, v. 20, p. 25-34, 2012.

HAILA, S.; KOSKINEN, A.; TENOVUO, J. Effects of homeopathic treatment on salivary flow rate and subjective symptoms in patients with oral dryness: a randomized trial. *Homeopathy.*, v. 94, n. 3, p. 175-81, 2005.

HAHNEMANN, S. *Doenças Crônicas: Tradução da 2ª edição alemã para o português 6ª Ed. brasileira*. S. Paulo: G.E.H Benoit Mure, 2010.

HENRY, R.G.; WELKSTEIN, D.R. Providing dental care for patients diagnosed with Alzheimer's disease. *Dent Clin North Am.*, v. 41, n. 4, p. 915-44, 1997.

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

HOLM-PEDERSON, P.; LOE, H. Textbook of geriatric dentistry. Copenhagen, Munksgaard, p. 584, 1996.

HUGHES, H.R. In: Principles and practice of homeopathy. New Delhi: Jain Publishers; 1991.

HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; BERTUZZI, D.; PADILHA, D.M.P.; MARCHI, R.J. Oral health behaviour and sociodemographic profile of subjects with Alzheimer's disease as reported by their family caregivers. Gerodontology., v. 24, n. 1, p. 36-40, 2007.

ILHA, S.; ZAMBERLAN, C.; ROSA, R.T.; VIERO, M.; PIEXAK, D.R.; BACKES, D.S. Grupo de apoio multidisciplinar com cuidadores de idosos com Alzheimer: sentimentos vivenciados. Revista Nursing, v. 14, n. 168, p. 244-9, 2012.

ILHA, S.; SANTOS, S.S.C.; BACKES, D.S.; BARROS, E.J.L.; PELZER, M.T.; COSTENARO, R.G.S. (Geronto) tecnologia cuidativo – educacional complexa para pessoas idosas / famílias com a doença de Alzheimer. Rev Bras Enferm [Internet], v. 70, n. 4, p. 759-65, 2017.

JONAS, W.B.; JACOBS, J. A cura através da homeopatia, Rio de Janeiro, Editora Campus, 1996.

JONAS, W.B.; KAPTCHUK, T.J.; LINDE, K. A critical overview of homeopathy. Ann Intern Med., v. 138, n. 5, p. 393-9, 2003.

JORGE-GIORGI, J.S.; GIORGI, M.S. Homeopatia na Odontologia: uma prática diferenciada. Rev Assoc Paul Cir Dent, v. 75, n. 2, p. 131-7, 2021.

KLEIJNEN, J.; KNIPSCHILD, P.; TER RIET, G. Clinical trials of homeopathy. *BMJ*, v. 302, p. 316-23, 1991.

LIMA, C.C.; MOTA, I.B.O.; CUNHA, L.S.; BRAGA, L.L.A.; DIETRICH, L. O uso da homeopatia na área odontológica. v. 4, n. Supl. 1, p. 84, Nov. 2018.

LINDE, K.; MELCHART, D. Randomized controlled trials of individualized homeopathy: a state of the art review. *J Altern Complement Med*, v. 4, p. 371-88, 1998.

LITTLE, J.W. Eating disorders: dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v. 93, p. 138-43, 2002.

LOPEZ, J.P.; BERMEJO, F.A: Desórdenes del flujo salivar: hiposecreción e hipersecreción salival. *Med Oral.*, v. 1, p. 96-106, 1996.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores: uma série de casos em um serviço de Neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm. Florianópolis.*, v. 15, n. 4, p. 587-94, 2006.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 260- 280, 2006.

MACHADO, J.S.; FRANK, A.A.; SOARES, E.A. Fatores dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. *Rev Bras Nut Clin*, v. 21, n. 3, p. 252-257, 2006.

MELLO, H.S.A. *Odontogeriatria*. São Paulo: Ed. Santos, p. 227, 2005.

MIRANDA, A.F.; LIA, E.N.; LEAL, S.C.; MIRANDA, M.P.A.F. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. RGO, v. 58, n. 1, p. 1-9, 2010.

NASH, E.B. Guia Terapêutico Homeopático. R. Janeiro: Luz Menescal, 1999.

NAVAZESH, M.; CHRISTENSEN, C.M.; BRIGHTMAN, V.J. Clinical criteria for the diagnosis of salivary gland hypofunction. J Dent Res., v. 71, p. 1363-9, 1992.

NAVAZESH, M.; BRIGHTMAN, V.J.; POGODA, J.M. Relationship of medical status, medications, and salivary flow rates in adults of different ages. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod., v. 81, p. 172-6, 1996.

NAVAZESH, M. How can oral health care providers determine if patients have dry mouth? J Am Dent Assoc., v. 134, p. 613-620, 2003.

NELSON, J.D.; FRIEDLAENDER, M.; YEATTS, R.P.; YEE, R.; MCDERMOTT, M.; ORLIN, S.; GALLAGHER, S.C.; SHROTRIYA, R.C. Oral pilocarpine for symptomatic relief of keratoconjunctivitis sicca in patients with Sjögren's syndrome. Adv. Exp. Med. Biol, USA, v. 438, p. 979-83, 1998.

NIEW AMERONGEN, A.V.; VEERMAN, E.C.I. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. Support Care Cancer., v. 11, p. 226-31, 2003.

NITRINI, R. Epidemiologia da Doença de Alzheimer no Brasil. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 26, n. 5, p. 262-7, Set. / Out. 1999.

OLIVEIRA, A.P.P.; CALDANA, R.H.L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. *Saúde Soc.*, v. 21, n. 3, p. 675-85, Jul. / Set. 2012.

OXHOLM, P.; ASMUSSEN, K. Primary Sjögren's syndrome: the challenge for classification of disease manifestations. *J Intern Med.*, v. 239, p. 467-74, 1996.

PAJUKOSKI, H.; MEURMAN, J.H.; HALONEN, P.; SULKAVA, R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v. 92, p. 641-9, 2001.

PAPAS, A.S.; FERNANDEZ, M.M.; CASTANO, R.A.; GALLAGHER, S.C., TRIVEDI, M.; SHROTRIYA, R.C. Oral pilocarpine for symptomatic relief of dry mouth and dry eyes in patients with Sjögren's syndrome. *Adv. Exp. Med. Biol.*, USA, v. 438, p. 973-8, 1998.

PINTO-COELHO, C.M.; SOUZA, T.C.S.; DARE, A.M.Z.; PEREIRA, C.C.Y.; CARDOSOI, C.M. Implicações Clínicas da Xerostomia: abordagens sobre o diagnóstico e tratamento. *Rev APCD*, v. 56, n. 4, p. 295-300, 2002.

PORTER, S.R.; SCULLY, C.; HEGARTY, A.M. An update of the etiology and management of xerostomia. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, v. 97, n. 1, p. 28 – 46, 2004.

RABELO, R.G.; MELLO, S.M.F.; NETO, A.T.; ARAUJO, N.S. A doença de Alzheimer e o cuidado em saúde bucal. *Rev Facul Odontol Univ Fed Bahia*, v. 50, n. 1, p. 1-8, 2020.

RIBEIRO FILHO, A. Repertório de Homeopatia, 2ª ed. São Paulo: Editora Organon, 2022.

RUDNEY, J.D. Does Variability in Salivary Protein Concentrations Influence Oral Microbial Ecology and Oral Health? *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, v. 6, n.4, p. 343–367, 1995.

SCHAFIROVITS-MORILLO, L.; SUEMOTO, C. K. Severe dementia: A review on diagnoses, therapeutic management and ethical issues. *Dement Neuropsychol*, v. 4, n. 3, p. 158-164, Jul / Set. 2010.

SCHNEYER, L.H.; SCHNEYER, C.A. Inorganic composition of saliva. In: Code CF (ed) *Handbook of alimentary canal*, v. II. American Physiological Society, Washington, p. 497-530, 1967.

SCULLY, C. Drugs effects on salivary glands: dry mouth. *Oral Disease*, v. 9, p. 165–176, 2003.

SHIP, J.A.; DECARLI, C.; FRIEDLAND, R.P.; BAUM, B.J. Diminished submandibular salivary flow in dementia of the Alzheimer type. *J Gerontol.*, v. 45, n. 2, p. 61-6, Mar. 1990.

SHIP, J.A.; PATTON, L.L.; TYLEND, C.A. An assessment of salivary function in healthy premenopausal and postmenopausal females. *J Gerontol.*, v. 46, p. 11-15, 1991.

SHIP, J.A.; FOX, P.C.; BAUM, B.J. How much saliva is enough? Normal function defined. *J Am Dent Assoc.*, v. 122, p. 63-9, 1991.

SHIP, J.A.; NOLAN, N.E.; PUCKETT, S.A. Longitudinal analysis of parotid and submandibular salivary flow rates in healthy, different-aged adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, v. 50, n. 5, p. 285–289, 1995.

SHIP, J.A.; PILLEMER, S.R.; BAUM, B.J. Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc.*, v. 50, p. 535-543, 2003.

SILVA, C.E.X.S.R.; CERRI, R.A.; BRESSAN, S.C.O.; CERRI, A.; PACCA, F.O.T. Síndrome da ardência bucal burning mouth syndrome. Disponível em: <https://diagnosticobucal.com.br/sindrome-da-ardencia-bucal-burning-mouth-syndrome/>. Acesso em: Julho / 2023.

SLAVKIN, H.C. Distinguishing Mars from Venus: emergence of gender biology differences in oral health and systemic disease. *Compendium.*, v. 23, p. 29-31, 2002.

SPACCAVENTO, S.; PRETE, M.D.; CRACA, A.; FIORE, P. Influence of nutritional status on cognitive, functional and neuropsychiatric deficits in Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr*, v. 48, n. 3, p. 356-360, Maio / Jun. 2009

SPIELMAN, A.; BEN - ARYEH, H.; GUTMAN, D.; SZARGEL, R.; DEUTSCH, E. Xerostomia - diagnosis and treatment. *Oral Surg. Oral Med Oral Pathol.*, v. 51, n. 2, p. 144-147, 1981.

SREEBNY, L.M. Salivary flow in health and disease. *Compend Contin Educ Dent.*, v. 13, p. 461 – 469, 1989.

SREEBNY, L.M. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *International Dental Journal*, v. 50, n. 3, p. 140–161, 2000.

SUMI, Y.; OZAWA, N.; MICHIWAKI, Y.; WASHIMI, Y.; TOBA, K. Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*, v. 49, n. 1, p. 90 – 8, 2012.

TROMBELLI, L.; MANDRIOLI, S.; ZANGARI, F.; SALETTI, C.; CALURA, G. Oral symptoms in the climateric. A prevalence study. *Minerva Stomatol.*, Italy, v.41, n. 11, p. 507-13, 1992.

VALDEZ, I.H.; FOX, P.C. Diagnosis and management of salivary dysfunction. *Crit Rev Oral Biol Med.*, v. 4, n. 3-4, p. 271-277, 1993.

VALICENA, M.; ESCALONA, L.A. Manejo Terapéutico del paciente con xerostomia. *Acta Odontol Venez*, v. 39, n. 1, Caracas ene. 2001.

VIJOVSKY, B. Tratado de matéria médica homeopática. Volume I. São Paulo: Organon, 2003.

YOUNAI, F.S.; MARCUS, M.; FREED, J.R.; COULTER, I.D.; CUNNINGHAM, W.; DER-MARTIROSIAN, C.; BERCERRA, N.G.; SHAPIRO, M. Self-reported oral dryness and HIV disease in a national sample of patients receiving medical care. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v. 92, p. 629-36, 2001.

XIMENES, M.A.; RICO, B.L.D.; PEDREIRA, R.Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 121-140, 2014.