

## DEMÊNCIA E SAÚDE BUCAL

### DEMENTIA AND ORAL HEALTH

Sérgio Spezzia\*

**RESUMO**

A demência é uma desordem neurodegenerativa que atinge o sistema nervoso central de forma progressiva e irreversível com declínio da função cognitiva. Ocorre perda da função cerebral, afetando memória, raciocínio, linguagem, juízo e comportamento. Relacionado à saúde bucal, encontra-se em pacientes demenciais uma higienização comprometida, devido à dificuldade encontrada por eles para a realização da própria higienização. Ocorre a perda do autocuidado. No exato momento em que se conhece o diagnóstico de demência, deve-se encaminhar o paciente para avaliação odontológica, pois com o avanço da doença, respectivamente com maior gravidade, existe dificuldade para realização de procedimentos odontológicos, devido a perda da colaboração do paciente. O tratamento odontológico englobará orientações sobre cuidados essenciais de higiene bucal para cuidadores e familiares, advindo da dependência de terceiros provocada pela impossibilidade da realização dos cuidados básicos por esses doentes. Ao executar-se um planejamento odontológico apropriado com enfoque preventivo, procurando atuar desde o diagnóstico da doença, pode-se auxiliar na melhora da qualidade de vida desses indivíduos. O presente trabalho tem por objetivo realizar uma atualização acerca de estudos sobre as repercussões bucais causadas pelas demências.

Descritores: autocuidado; comportamento cooperativo; cuidadores.

**ABSTRACT**

Dementia is a neurodegenerative disease that progressively and irreversibly affects the central nervous system, leading to a decline in cognitive function. There is loss of brain function, which affects memory, thought, language, judgment and behavior. Since the patients present difficulties with self-care, there is a compromised oral hygiene. There will inevitably be loss of self-care during the course of the disease. The moment one diagnoses dementia, one should refer the patient to a dentist for evaluation, since the more severe the disease is, the harder it is to perform orthodontic procedures, due to loss of patient cooperation. Dental treatment will include guidance on essential oral hygiene for caregivers and family members, since these will be responsible for its performance, as the patient will be unable to perform basic self-care. When a proper dental plan with preventive approach is performed, acting from the diagnosis of the disease on, one can assist in improving the quality of life of these individuals. This paper aims to conduct an update of studies on the oral effects caused by dementia.

Key-words: self-care; cooperative behavior; caregivers.

**INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um fenômeno mundial, que decorre principalmente da melhora da assistência médica da população e do declínio das taxas de mortalidade.<sup>1,2</sup>

Estima-se que em 2050 tenhamos dois bilhões de habitantes com mais de 60 anos de idade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idosos, indivíduos a partir de 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é menor.

Em nosso País da década de 1940 a 2000, a população com mais de 60 anos dobrou e a expectativa de vida subiu para 72,6 anos para mulheres e 64,8 anos para homens. A população mundial está envelhecendo, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais. Projeções da OMS evidenciam que idosos no Brasil no período de 1950 a 2025 deverão ter aumentado em quase quinze vezes.<sup>3,4</sup>

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a faixa de pessoas com 60 anos ou mais em 1960 era responsável por 4,8% do total da população brasileira. Em 1980 esse número passou para 6,2% e em 1999 atingiu 8,7%.<sup>5,6</sup> No ano 2000 tínhamos 30% da população na faixa etária de 0 a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros.<sup>7,8</sup>

Segundo tendências atuais, a projeção para 2025 é de que a proporção de idosos no país esteja em torno de 15%.<sup>6</sup> A estimativa é de que em 2050 os dois grupos (de 0 a 14 anos e os maiores de 65 anos) se igualem, representando cada um 18% da população.<sup>7,8</sup>

Nesse contexto, o Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido, propiciando aumento da expectativa de vida do brasileiro nas próximas décadas.<sup>9</sup>

A transição demográfica e epidemiológica, resultado da diminuição da natalidade; aumento da população economicamente ativa; diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônico-degenerativas (artrite, reumatismo, artrose, distúrbios cardiovasculares e diabetes) produzem um cenário populacional com elevado número de indivíduos idosos.

Juntamente com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica resulta na necessidade do aumento dos serviços de saúde. Dentre os aspectos históricos de saúde, sabe-se que sempre se desprezou a saúde bucal desse grupo etário.<sup>10</sup>

A condição de saúde bucal dos idosos brasileiros é precária, com elevada prevalência de edentulismo, doença periodontal, abrasão, câncer bucal e lesões da mucosa bucal, além da necessidade frequente de próteses totais e removíveis.<sup>11</sup>

O papel da Odontologia, ao intervir nessa população idosa, será o de manter os pacientes em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal nem causem repercussões negativas sobre a saúde geral e estado psicológico do indivíduo.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 175 - 178, 2015

\* Cirurgião-dentista, especialista em Gestão em Saúde e em Adolescência para Equipe Multidisciplinar pela EPM/UNIFESP; especialista em Gestão Pública pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná; mestrando em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela EPM/UNIFESP.

Recebido em 13/7/2015. Aceito para publicação em 31/8/2015.

Contato: sergiospezzia@hotmail.com

A saúde oral é importante para a saúde geral devido à ocorrência de doenças estomatológicas. Além disso, condições sistêmicas podem ter forte impacto na função e saúde oral. Problemas orais com o avanço da idade são frequentemente atribuídos a doenças preveníveis do que à idade por si só. Alterações nas estruturas orofaciais podem ser oriundas da idade, outras se relacionam à doença ou pode haver combinação de ambas. Essas alterações variam de indivíduo para indivíduo de acordo com suas condições físicas e psíquicas e no mesmo indivíduo em tempos diferentes dentro da terceira idade.<sup>12</sup>

Todas as estruturas do organismo envelhecem e a cavidade oral apresenta uma série de modificações que dão origem a queixas comuns, facilitando a presença de determinadas doenças e produzindo alterações funcionais.

As patologias próprias da velhice são com maior frequência as cardiopatias, artrites, nefropatias, diabetes, osteoporoses e doenças neurológicas degenerativas, todas repercutindo desfavoravelmente na qualidade de vida dos idosos. Dentre as doenças neurológicas, a demência apresenta prevalência significativa na população idosa, gerando grande impacto social e consequências negativas aos pacientes, familiares e cuidadores.<sup>13,14</sup> Por isso, existe a necessidade da criação de uma nova rede de serviços de assistência social e de saúde a essa população, como o atendimento odontológico domiciliar.<sup>4</sup>

A partir do século 19, novas descobertas no campo físico e psíquico contribuíram para o conhecimento de algumas das causas de demência. Na atualidade, sabe-se que elas são numerosas e que abrangem desde a predisposição do indivíduo para a doença até infecções, intoxicações, traumatismos, condições sociais, educação e outros (fatores exógenos).<sup>15</sup>

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma atualização acerca de estudos sobre as repercussões bucais causadas pelas demências.

## Demência

A demência é hoje o problema de saúde mental que mais rapidamente cresce e sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, chegando a 20% em idade superior a 80 anos. Em geral, a demência ocorre em pessoas mais velhas. É rara em pessoas com menos de 60 anos. O risco de demência aumenta conforme a pessoa envelhece. Sua incidência anual também cresce sensivelmente com o envelhecimento de 0,6% na faixa dos 65 - 69 anos para 8,4% acima dos 85 anos. É fundamental, portanto, que os profissionais da saúde estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução do quadro clínico desses pacientes.<sup>16</sup>

A incidência varia de acordo com a idade, dobrando a cada cinco anos a partir dos 60 anos, sendo reconhecida como um importante problema de saúde pública.<sup>15</sup>

É conceituada como desordem neurodegenerativa, progressiva e persistente que atinge o Sistema Nervoso Central. Dentre os tipos de demência, a doença de Alzheimer é a mais prevalente entre idosos.<sup>17,18</sup>

No Código Internacional de Doenças (CID-10), a demência é classificada como sendo uma síndrome decorrente de uma doença cerebral usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores.<sup>19</sup>

Segundo Carvalho<sup>20</sup> e Wannmacher,<sup>21</sup> as demências podem ser reversíveis ou irreversíveis. A maioria dos tipos de demência é irreversível (degenerativa). Irreversível significa que as alterações no cérebro que estão provocando a

demência não podem ser interrompidas ou desfeitas. A doença com corpos de Lewy é a principal causa de demência em adultos idosos. As pessoas com essa doença têm estruturas proteicas anormais em certas regiões do cérebro.

São demências reversíveis: tumores cerebrais, desnutrição, infecção, problemas endócrinos e metabólicos. As irreversíveis englobam: demência por múltiplos infartos, doença do corpúsculo de Levy, doença de Pick, doença de Parkinson e doença de Alzheimer.<sup>22</sup>

Entre as dificuldades cognitivas estão incluídas as perdas da memória, da orientação, da compreensão; a dificuldade na linguagem, no cálculo; e a diminuição da capacidade de aprendizagem e julgamento. O comprometimento dessas funções pode ser acompanhado ou antecedido por alterações psicológicas, do comportamento e da personalidade.<sup>22</sup>

A doença de Alzheimer é responsável por aproximadamente 65% dos casos de demência, enquanto a demência de origem vascular acomete o restante. Essa doença, tipicamente, apresenta-se com problemas na memória que progridem para *déficits* nas habilidades visuais e espaciais, alterações de personalidade, distúrbios motores, incontinências fecal e urinária.<sup>23,24</sup>

Algumas causas da demência podem ser interrompidas ou revertidas se forem detectadas a tempo, incluindo tumores cerebrais, alterações nos níveis de açúcar, sódio e cálcio no sangue, baixos níveis de vitamina B12, hidrocefalia normotensiva, uso de determinados medicamentos, incluindo a cimetadina e alguns medicamentos para diminuir o colesterol, e o abuso crônico do álcool.

A etiologia dos quadros demenciais é complexa e pode estar associada a fatores como idade avançada, história familiar, doença cérebro-vascular, *déficits* imunológicos, alterações metabólicas, fatores genéticos, traumatismos encefálicos, tumores, infecções e fatores comprometedores da qualidade de vida (nutrição, drogas, tabagismo, hipertensão e etilismo).<sup>3,18</sup>

Alguns quadros demenciais senis apresentam etiologia desconhecida e podem estar associados a fatores como idade avançada, gênero, grau de escolaridade, ocupação profissional, história familiar, doença cérebro-vascular, *déficits* imunológicos, alterações metabólicas, fatores genéticos, traumas cerebrais, tumores, infecções e qualidade de vida comprometida (nutrição deficiente, uso de drogas, tabagismo, hipertensão arterial, etilismo, hipercolesterolemia).<sup>3,18</sup>

Muitas vezes, a demência pode ser diagnosticada com base no histórico e no exame físico por um médico ou enfermeiro habilitado. O médico fará a anamnese, o exame físico, incluindo um exame neurológico e realizará alguns testes de função mental denominados exame do estado mental. O médico poderá solicitar testes para determinar se outros problemas estão causando ou piorando a demência. Essas possíveis alterações sistêmicas suspeitas incluem: doença da tireoide, deficiência vitamínica, tumor cerebral, intoxicação por medicamentos, infecção crônica, anemia e depressão severa.<sup>25</sup>

Os seguintes exames e procedimentos podem ser feitos: nível de vitamina B12, nível de amônia no sangue, perfil metabólico (chem-20), gasometria arterial, análise do líquido cefalorraquidiano (LCR), níveis de drogas e álcool (análise toxicológica), testes de exposição a metais como chumbo ou arsênico, eletroencefalograma (EEG), teste de glicose, tomografia computadorizada da cabeça, exame da função hepática, teste de estado mental, ressonância magnética da cabeça, cálcio sérico, eletrólitos séricos, exames de função da tireoide, nível de hormônio estimulador da tireoide e urinálise.

## Repercussões bucais nas demências

O olhar multidisciplinar é de extrema importância nesses casos, pois os pacientes recebem cuidados de terceiros, sejam familiares ou cuidadores, que, muitas vezes, já sobrecarregados física e emocionalmente, deparam-se com dificuldades para realizar uma simples escovação dentária. Há casos de dificuldade da abertura bucal, falta de cooperação, comportamentos agressivos e pouco colaboradores. Reconhecer um estado doloroso nesses pacientes pode representar um desafio, pois com a perda da linguagem, alterações de comportamento podem se instalar frente a uma simples dor de dente. Portanto, somente uma abordagem em conjunto com os diversos profissionais da área da saúde podem contornar essas questões.<sup>22,25</sup>

A avaliação odontológica, nesses casos, aborda, além da anamnese, o exame físico extra e intrabucal. No exame extrabucal avaliam-se a presença de linfonodos, o tônus muscular, lesões de face, os lábios e comissuras. No exame intrabucal avaliam-se a mucosa, saliva e dentes bem como a higiene bucal. Nos pacientes desdentados parciais e totais observa-se o uso de próteses, verificando-se as condições das mesmas quanto à higienização, fraturas, desgastes, adaptação e aspecto funcional.

Os achados bucais mais comuns nesses pacientes são: candidose nas suas diversas formas clínicas; língua saburrosa; lesões por próteses mal adaptadas, como úlceras traumáticas e hiperplasia fibrosa inflamatória; cáries radiculares e periodontopatias. O elevado acúmulo do biofilme dentário, a deficiência da escovação de dentes e das próteses e a presença de saburra lingual denotam a dificuldade de higiene desses pacientes. A hipossalivação, também comum, é influenciada diretamente pela grande variedade de medicamentos que pode ser prescrita concomitantemente. É importante ressaltar que com a evolução da doença ocorre a perda do autocuidado, que se reflete inexoravelmente sobre a saúde bucal. Portanto, tão logo seja realizado o diagnóstico do quadro demencial, o paciente deverá ser encaminhado para avaliação odontológica, pois à medida que se instalam as fases mais graves da doença, dificulta-se a realização dos procedimentos odontológicos, uma vez que se perde a colaboração do paciente.

O estado de saúde bucal pode auxiliar o diagnóstico da demência senil, à medida que identifica o comprometimento da higienização bucal, já que um dos primeiros sinais dessa doença é a perda do autocuidado.<sup>29,30</sup> A atenção em saúde bucal visa a orientação em prevenção das patologias buco-dentárias por meio da orientação de higiene tanto para cuidadores como para familiares, que são orientados quanto à técnica adaptada de higiene bucal e de higiene de próteses dentárias, visto que esse público é constituído por pacientes dependentes de cuidados básicos por terceiros. Os familiares ou auxiliares devem receber treinamento para realizar a higiene bucal do paciente, e, em alguns casos, torna-se necessária a utilização de suportes para fio dental, escovas elétricas, jatos intermitentes de água ou escovas interdentais. Além disso, devem ser dadas instruções sobre dieta não cariogênica, uso de fluoretos e clorexidina para bochechos ou na forma de gel. Nos estágios mais avançados da doença, os procedimentos odontológicos poderão ser realizados através de anestesia geral em ambientes hospitalares.<sup>12</sup>

## DISCUSSÃO

O objetivo primordial do tratamento demencial será controlar os seus sintomas. O tratamento depende da doença que esteja causando a demência. Algumas pessoas necessitam ser internadas por um curto período.

A maioria das causas da demência não pode ser prevenida.<sup>25</sup> Os sintomas da demência são tratados com grande variedade de fármacos. Com o decorrer do uso, observa-se que essas drogas apresentam alguns efeitos colaterais com repercussão na cavidade oral, tais como hipossalivação e xerostomia.

Em sentido psiquiátrico, o termo demência corresponde a uma série de quadros psíquicos que apresentam enfraquecimento intenso e progressivo do psiquismo individual. No início da demência só há diagnóstico da decadência da capacidade mental por testes psicológicos ou em circunstâncias em que se exige raciocínio abstrato. Com o passar do tempo, alteram-se drasticamente as funções intelectuais e a conduta desintegra-se totalmente. Algumas dessas manifestações relacionam-se com alterações dos valores lógicos do conhecimento e julgamento que o indivíduo possa desenvolver em determinadas situações.

Existe diferença significativa entre deficiência mental e demência. A psiquiatria busca distinguir quadros de demência em que há perda do patrimônio mental, dos que não havia acervo intelectual desenvolvido, como em casos de deficiência mental.

A demência é uma anomalia de caráter evolutivo com origem orgânica ou psicótica; em contrapartida, a deficiência mental já existe potencialmente quando o indivíduo nasce. Além de diferenças de origem, demência e deficiência mental desenvolvem-se de maneira diversa. Em quadros demenciais, a evolução é progressiva, irreversível, tendendo a comprometer o funcionamento psíquico totalmente. Já na deficiência mental, chamados confusionais, a tendência é a recuperação, embora existam efetivamente agressão ao psiquismo e alteração da consciência, da vigília e demais aspectos psíquicos do indivíduo.

Sabe-se que existe relação de interdependência entre saúde geral e saúde bucal; essa correlação mostra-se evidenciada em várias patologias, dentre elas na demência. Torna-se extremamente importante, por conseguinte, que ocorra conscientização do fato tanto por parte dos médicos quanto por parte dos cirurgiões dentistas envolvidos com o tratamento dos quadros demenciais e suas repercussões. No mais, todo e qualquer profissional de saúde contactante deve levar em consideração os tipos de cuidados especiais a serem empregados nesse grupo de pacientes idosos ao avançar nas suas condutas.<sup>12</sup>

As intervenções realizadas assumem caráter multiprofissional, devendo ser encaradas dessa forma por todos. Muitas vezes é necessário que se procure auxílio preliminar de outro profissional, como, por exemplo, de um psicólogo, para que se possa dar andamento ao tratamento, e é essa relação interdisciplinar, transdisciplinar, portanto, que deve ser valorizada para que ocorra prática da troca de informações entre os profissionais de saúde atuantes, permitindo um cômputo geral que proporcione êxito na realização do tratamento e nos seus resultados.<sup>3,27</sup>

A opção por se realizar procedimentos odontológicos em estágio inicial da doença ou no exato momento da hipótese diagnóstica firmada, pode auxiliar no sentido de possibilitar que o tratamento que necessite ser realizado, transcorra sem problemas. Além disso, devemos levar em consideração a possibilidade de proceder à minimização dos danos e sequelas causados pela doença, que uma vez instalada ocasiona uma série de prejuízos à saúde geral. O comportamento cooperativo dos pacientes na relação paciente/profissional deve ser totalmente aproveitado enquanto existir.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que ao se executar um planejamento odontológico apropriado com enfoque preventivo, procurando atuar desde o diagnóstico da doença, pode-se auxiliar na melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

1. Canineu PR. Demências: características clínicas gerais. 3ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa GERP; 2003. v. 1.
2. Rauth J, Rodrigues N. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Goiato MC, Santos DM, Barão VAR, Pesqueira AA, Gennari Filho H. Odontogeriatrics e a Doença de Alzheimer. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006;6(2):207-12.
4. Leal MCC, Marques APO, Marino JG, Austregésilo SC. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2006;9(3):39-48.
5. Acevedo RA, Batista LHC, Trentin MS, Civil JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo*. 2001;6(2):57-62.
6. Duarte CA, Castro MVM. Geriatria: doença periodontal e cardíaca. *RGO*. 2001;49(1):40-4.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil para o período 1980-2050: revisão, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
8. Melo I, Brito M. 181.586.030 brasileiros. Zero Hora. 2004: 31 ago.
9. Unluer S, Gokalp S, Dogan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology*. 2007;24(1):22-9.
10. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(1):88-97.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
12. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
13. Loisel L. Oral health and dementia: strategies and protocols. *MAREP*. 2006;5(2):1-4.
14. Rejnfeldt I, Anderson P, Renvert S. Oral health status in individuals with dementia living in special facilities. *Int J Dent Hyg*. 2006;4(2):67-71.
15. Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
16. Srikanth S, Nagaraja AV. A prospective study of reversible dementias: Frequency, causes, clinical profile and results of treatment. *Neurol India*. 2005;53(3):291-4.
17. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic LI, Ozbas H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;93(5):521-4.
18. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*. 2006;137(9):1240-51.
19. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão. 4ª ed. São Paulo: EDUSP; 1994.
20. Carvalho AM. Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em idosos [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
21. Wannmacher L. Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados*. 2005;2(4):16-20.
22. Galluci-Neto J, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(3):119-30.
23. Johnston CB, Covinsky KE, Landefeld CS. Geriatric medicine. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editores. *Current medical diagnosis and treatment*. 42ª ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2003.
24. Burns A, Llifé S. Alzheimer's disease. *BMJ*. 2009; 338:b158.
25. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl 1):07-10.
26. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Dent Update* 2004;31(5):273-4.
27. Varjão FM. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. *Rev Odonto Ciência*. 2006;21(53):284-8.
28. Brewer JB, Gabrieli JDE, Preston AR, Vaidya CJ, Rosen AC. Memory. In: Goetz CG, editor. *Textbook of clinical neurology*. 3rd ed. Philadelphia (PA): Saunders Elsevier; 2007.
29. Zuluaga DJM. Manejo odontológico de pacientes com demências. *Rev Fed Odontol Colomb*. 2002;(203):28-39.
30. Adam H, Preston AJ. The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology*. 2006;23(2):99-105.