

A SAÚDE BUCAL NA TERCEIRA IDADE

Daniela Garcia Ribeiro¹
Mariana Montenegro Silva¹
Sergio Sualdini Nogueira²
João Neudenir Arioli Filho²

¹ Mestre, aluna de doutorado do programa de pós-graduação em Reabilitação Oral – Área de Prótese pela Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista UNESP.

² Doutor, Professor da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia de Araraquara da Universidade Estadual Paulista UNESP.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RESUMO

A odontologia tem se deparado com um aumento no tamanho e na idade da população idosa sendo, ainda, que uma grande parte desta população é completamente desdentada. O edentulismo pode afetar substancialmente a saúde bucal e geral do indivíduo bem como sua qualidade de vida. Sendo assim, a proposta deste artigo foi avaliar a relação entre o uso de próteses totais, as condições de saúde bucal e as condições de saúde geral de pessoas em fase de envelhecimento. Em indivíduos nesta fase, há uma prevalência de doenças crônicas, de disfunções psicossociais e físicas e grande utilização de fármacos, os últimos podendo causar inúmeros efeitos colaterais e prejudicar tanto a saúde da boca como a saúde sistêmica do idoso. Devido a essas considerações, é necessário que os cirurgiões dentistas avaliem as condições de saúde bucal de seus pacientes idosos sob o olhar do inter-relacionamento destas com as condições de saúde geral e qualidade de vida do indivíduo.

Palavras-chave: Prótese total. Geriatria. Nível de saúde.

Recebido em: junho de 2007
Aceito em: dezembro de 2008

ABSTRACT

The dental profession is facing an increase in size and age of the older population. In addition, there is a large number of older people who is completely edentulous. Edentulism can substantially affect oral and general health as well as overall quality of life. The purpose of this article was to investigate in dental literature the relationships among denture wearing, oral health status and general health conditions in elderly people. Chronic disease, psychosocial and physical dysfunction and complex pharmacotherapeutic regimens are prevalent in older people. The last ones may have many adverse effects on the oral health and on the general health of the elderly. In this context dentists must evaluate the oral health status of the elderly and its relationship with the general health and the overall quality of life.

Key words: *Denture, complete. Geriatrics. Health status.*

INTRODUÇÃO

Geriatrics é um ramo da medicina direcionado ao estudo e ao tratamento das doenças dos idosos. (BARNES e WALLS, 1994; BRUNETTI e Montenegro, 2002). No contexto do estudo do idoso, a Odontologia adota como nomenclatura mais apropriada o termo Odontogeriatrics, especialidade odontológica reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) no ano de 2001 (Resolução CFO-12/2001, junto à Seção IX Art.29). Segundo o CFO, “Odontogeriatrics é a especialidade que se concentra no estudo dos fenômenos decorrentes do envelhecimento que também têm repercussão na boca e suas estruturas associadas, bem como a promoção de saúde, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de enfermidades bucais e do sistema estomatognático do idoso.”

Analisando os aspectos relacionados à saúde pública é possível observar que medidas preventivas e curativas têm sido implementadas, tanto no campo de saúde geral, como no de saúde bucal. A população passou a ter mais acesso a saneamento básico, vacinas, tratamento de doenças e fármacos. As pessoas também têm sido orientadas sobre critérios para prevenção de cárie e doença periodontal, tais como: correta escovação, uso de fio dental, boa dieta e uso de flúor. Essas considerações foram fundamentais para a melhoria das condições de vida dos indivíduos assim como dos indicadores

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

de saúde e conseqüentemente, para o aumento da expectativa de vida da população (PASCHOAL et al, 2005). Na literatura referente ao assunto, observa-se que a atenção aos critérios de prevenção é um fato recente. No Brasil, por exemplo, o início dos trabalhos de prevenção em saúde bucal data de 1970 (ROSA et al., 1992). Da mesma maneira, é recente a preocupação com os idosos na Odontologia, preocupação esta que se consolidou e ganhou espaço no final do século XX, tanto nos países de primeiro mundo quanto nos países considerados subdesenvolvidos (SHINKAI e DEL BEL CURY, 2000). Assim, observa-se que o início da produção dos trabalhos científicos, nesta área, data do final da década de 70 e início da década de 80. Este fato está diretamente relacionado à realidade de, ainda hoje, existir um grande número de idosos totalmente desdentados. Ainda, quanto menor o nível financeiro e educacional de um indivíduo, maior a probabilidade do mesmo ser edêntulo (ROSA et al., 1992; DOUGLAS et al., 2002; ESAN et al., 2004; MARCUS et al., 1996).

Sendo assim, considerando a estimativa da ONU (Organização das Nações Unidas) de que, em 2050, o número de idosos (acima de 60 anos) deverá triplicar no mundo (População, s.d) e que em 2025, essa população irá duplicar no Brasil, este artigo tem como proposta revisar as peculiaridades dos idosos e suas relações com o uso de próteses totais.

Alterações do envelhecimento: implicações com o uso de próteses totais e de fármacos

As alterações de saúde mais comuns relacionadas ao envelhecimento e que causam interferências no uso de próteses totais são: diabetes, problemas cardiovasculares, osteoporose, artrite, diminuição do estímulo de centro da sede e problemas bucais. Primeiramente, serão discutidas as principais doenças sistêmicas e suas respectivas implicações no uso de próteses totais (PARAJARA e GUZZO, 2000).

Em paciente diabético ocorre alteração na microvascularização das gengivas e mucosas, diminuindo a oxigenação, e tornando os tecidos menos saudáveis. O diabetes causa maior propensão a candidose e xerostomia, pois o estado de saúde dos pacientes fica debilitado pela queda de resistência orgânica. É importante ressaltar, ainda, que nos indivíduos descompensados há um aumento do volume hídrico dos tecidos moles, prejudicando o suporte das próteses totais e a mastigação (SHULMAN et al., 2005).

Caso o idoso seja portador de algum problema cardiovascular, isso influenciará se, durante o tratamento, houver necessidade da realização de cirurgia pré-protética. O paciente deve estar sob su-

pervisão de um médico, para que o mesmo permita o cirurgião-dentista realizar alguma intervenção cirúrgica. É fundamental, ainda, utilizar anestésico sem vasoconstritor e em pouca quantidade, bem como realizar profilaxia antibiótica para evitar endocardite bacteriana (TRANTOS, 2005).

Os pacientes acometidos por osteoporose apresentam alterações na densidade óssea (BARROS e MANGANELLO, 2000) e, segundo a literatura, (BODIC et al., 2005; FERREIRA e NÓBILO, 2004) o desajuste das próteses ao rebordo e um ajuste oclusal inadequado possibilitam maior reabsorção óssea da maxila e da mandíbula.

A constatação de que o indivíduo apresenta artrite não contraindica o uso de próteses totais. O único inconveniente é que os medicamentos para o tratamento dessa doença diminuem o fluxo salivar, facilitando o aparecimento de lesões sob as bases das próteses (TRANTOS, 2005; MOEN et al., 2005).

A diminuição do estímulo do centro da sede é uma alteração fisiológica, que ocorre com o aumento da idade, e não sistêmica. Porém, com a diminuição da função do centro da sede, o paciente ingere menor quantidade de água, tendo maior risco de desidratação e possíveis alterações sistêmicas, já que os órgãos necessitam de água para realizarem suas funções vitais. Esse fato isoladamente não causa redução do fluxo salivar, porque para que isso ocorra é necessária a associação de outros fatores, tais como: diminuição da celularidade dos ácinos, estreitamento dos ductos e ingestão de fármacos (BORAKS S, 2002). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a idade superior a 40 anos, má higiene bucal e uso de próteses dentárias mal adaptadas, entre outros, são fatores que podem levar ao câncer de boca. As regiões na boca mais afetadas pelo câncer são: língua, orofaringe, assoalho e lábios. Dessa forma, o exame clínico não deve ser negligenciado. Os tratamentos que utilizam radioterapia e quimioterapia para combater o câncer de boca levam à candidose e à xerostomia, além de que o paciente fica mais susceptível a ter lesões na fibromucosa, as quais são de difícil cicatrização. Por isso, o ajuste das bases e bordas das próteses, bem como da oclusão, deve ser realizado de forma criteriosa (ERICKSON, 1997). Além disso, é possível fazer a seleção de outras terapias menos prejudiciais ao paciente, tal como o uso da Terapia Fotodinâmica (PDT) que pode ser realizada com LASER ou LED (diodo emissor de luz) para o tratamento de lesões cancerígenas.

O idoso é um paciente que requer atendimento diferenciado, porque seu organismo está sujeito a diversos tipos de mudanças. Algumas dessas mudanças são consideradas enfermidades e devem ser tratadas com medicamentos. Há uma grande variedade de fármacos e todos com uma especificidade. Muitos deles ocasionam alterações

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIBEIRO, Daniela
Garcia, et al. A
saúde bucal na
terceira idade.
Salusvita, Bauru,
v. 28, n. 1, p.
101-111, 2009.

na cavidade bucal e, assim, podem estar prejudicando o uso de próteses totais.

Em um estudo de Montenegro e Bruneti (2002), foram verificados os efeitos colaterais com implicações na cavidade bucal de 450 grupos farmacológicos, entre eles, os frequentemente receitados para as doenças que mais comumente acometem os idosos. Os pesquisadores relataram os seguintes efeitos colaterais: xerostomia, cicatrização retardada, estomatites, ulcerações, aftas, alterações no paladar, alterações na garganta, incômodo na deglutição, aumento do reflexo faríngeo, alterações do volume da língua, queimação sublingual, movimentos involuntários da face e musculatura peribucal, candidose, líquen plano.

No que diz respeito aos efeitos colaterais de maior relevância, foi constatado no mesmo estudo (MONTENEGRO e BRUNETI, 2002), que 36,6% dos medicamentos podem reduzir o fluxo salivar ocasionando xerostomia (CASSOLATO e TURNBULL, 2003). Entre eles é possível destacar: antidepressivos, anti-hipertensivos, descongestionantes, diuréticos, antiácidos, anti-reumáticos, antiarrítmicos cardíacos, anti-colinérgicos, laxantes, imunossuppressores. Esse problema talvez seja o mais crítico relacionado ao uso de próteses totais, já que sem a presença de uma película de saliva é difícil obter retenção da prótese, causando alterações na fala, mastigação e deglutição do paciente. Além disso, esse efeito acomete cerca de 40% dos idosos e pode propiciar, mais facilmente, lesões nos tecidos moles. O tratamento da xerostomia deve estar relacionado à identificação das possíveis causas. Existem recursos para minimizar a sensação de boca seca que irão suavizar esse desconforto por meio da estimulação ou substituição da saliva ausente ou diminuída. Os produtos a serem utilizados apresentam-se nas formas de creme dental, spray, gel e chiclete e auxiliam a melhora da umidade bucal. Além disso, o fato mais importante a se destacar é a necessidade do indivíduo em ingerir adequada quantidade de líquidos, a fim de evitar sua desidratação geral.

Os efeitos colaterais de outros 87 remédios são as estomatites, ulcerações e aftas (PEREIRA e MONTENEGRO, 2002). Essas lesões bucais também podem estar associadas à xerostomia e às deficiências nutricionais, além de ocasionar dificuldade de adaptação imediata de novas próteses. As alterações no paladar são decorrentes de 13,41% dos fármacos bem como da xerostomia. Esse fato ocorre porque com a presença de pouca saliva, o bolo alimentar fica mais seco, dificultando a mastigação e a degustação dos alimentos. A falta de umectação dos alimentos também está relacionada com alterações na garganta, incômodo na deglutição e aumento do reflexo faríngeo, sendo que todos esses problemas podem ser ocasionados por 12,5% dos remédios. Caso as alterações anteriormente citadas não forem

tratadas, poderão causar mudanças na dieta do idoso, o que implica em problemas sistêmicos. Em particular, o reflexo faríngeo dificulta o trabalho do cirurgião-dentista no momento da moldagem.

Para concluir, é importante citar a candidose e o líquen plano, patologias causadas por 9,32% dos fármacos, que se manifestam devido à queda de resistência e/ou proliferação bacteriana e/ou xerostomia. É fundamental, nesses casos, que o profissional tenha conhecimento semiológico, tanto para identificar as lesões quanto para tratá-las. (PEREIRA e MONTENEGRO, 2002).

Principais problemas do sistema estomatognático na terceira idade

Em relação ao sistema estomatognático, é importante ressaltar a necessidade de se conhecer as estruturas normais da boca e suas variações anatômicas para, então, ser possível saber diferenciá-las das patologias que podem ocorrer na cavidade bucal. Para os idosos, os problemas odontológicos são bem comuns, podendo ser relatados os seguintes: atrição dentária; perda dos dentes; atrofia do osso alveolar e osso basal; alterações na mucosa bucal, língua, glândulas salivares, articulação têmporo-mandibular, flora microbiana e incidência de neoplasias malignas. (FEIJÓ, 1993; LINDLE, 1992).

Nos indivíduos em fase de envelhecimento ocorre atrição dentária de forma progressiva e lenta, devido ao aumento na dureza e friabilidade do órgão dental (Marques, 2006). Existe relação entre envelhecimento e a perda dos dentes, uma vez que os dentes das pessoas idosas estão expostos por um maior período a fatores que acarretam sua perda, como: cárie, doença periodontal, complicações endodônticas, trauma e tratamentos odontológicos iatrogênicos (ZWETCHKENBAUM e SHAY, 1997). Esses fatores estão diretamente relacionados a uma dieta cariogênica, adicionada a um hospedeiro geralmente debilitado em função das doenças peculiares da terceira idade, além de uma higiene bucal precária (PEREIRA e MONTENEGRO 2002; FERREIRA e NÓBILO, 2004). A atrofia senil e a reabsorção do osso alveolar e basal são processos fisiológicos comuns do envelhecimento. A atrofia acentuada apresenta como principal causa a perda dos dentes, pois há reabsorção do osso alveolar em resposta à pressão mastigatória exercida pelas bases das próteses totais (MARQUES, 2006). A osteoporose também pode causar reabsorção patológica do osso alveolar e basal. Dessa maneira, o cirurgião-dentista deve estar atento ao atendimento de pacientes com essa alteração sistêmica, porque sinais precoces de osteoporose não são evidenciados em exames radiográficos, devido a sua baixa

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

sensibilidade apenas detectando grandes quantidades de perda óssea (FERREIRA e NÓBILO, 2004).

Com o envelhecimento, a mucosa bucal pode se tornar atrófica e friável, com aspecto brilhante e céreo devido a alterações metabólicas, que incluem modificação no equilíbrio hídrico e perda da característica superficial da gengiva. Clinicamente, essas alterações resultam em menor resiliência dos tecidos e redução dos capilares superficiais, ocasionados pelo menor suprimento sangüíneo que retarda a micronutrição e prejudica a capacidade de regeneração tecidual. Sendo assim, a mucosa envelhecida é mais sensível às influências externas. Além disso, outras alterações, tais como: hiperkeratose, penfigóide benigno e quelite angular são freqüentemente encontradas na mucosa bucal dos idosos (PASCHOAL e LIMA, 2005).

Os distúrbios de maior ocorrência na língua são: glossite atrófica e atrofia linguais causadas por deficiências vitamínicas do complexo B, glossopirose (ardência lingual), língua pilosa e língua fissurada. Pode ocorrer, também, a limitação nos movimentos da língua devido a distúrbios da velhice ou à presença de neoplasia no assoalho lingual. A atrofia dos botões gustativos ou a presença de saburra reduzem a sensação gustativa, principalmente, em relação aos alimentos doces e salgados. Sendo que a atrofia dos botões gustativos pode ser acelerada pela desidratação e deficiência de ferro e vitaminas do complexo B (COELHO, 2004). Os principais distúrbios da articulação temporomandibular são a doença articular degenerativa, artrite reumatóide e luxação articular, sendo esta, causada por movimentos simples durante o tratamento odontológico (DUAILIB et al, 1989).

Como proceder no atendimento clínico ao paciente idoso?

O diálogo com o paciente, seus familiares e/ou cuidadores é necessário para que ocorra o sucesso do tratamento odontológico a ser realizado. É por meio do diálogo, que o cirurgião-dentista obtém informações sobre a saúde geral do paciente, os fármacos por ele ingeridos, os tipos de tratamento médico que o paciente realiza e suas expectativas sobre o tratamento odontológico. O cirurgião-dentista também deve ter o cuidado de anotar os nomes dos médicos do paciente, assim como seus telefones de contato, caso haja a necessidade de uma conversa quando, por exemplo, um fármaco receitado pelo médico causar efeitos colaterais na cavidade bucal do paciente. A substituição do fármaco é realizada quando possível para que ocorra um maior benefício ao paciente frente aos tratamentos médico e odontológico. É importante que o atendimento ao idoso dure 30-

40 minutos no máximo e ocorra, preferencialmente, no período da manhã. Nesse período, esses pacientes têm maior disposição física, além de menor risco a problemas cardíacos. Com a finalidade de evitar hipotensão postural ou medicamentosa do idoso, durante a sessão clínica, a inclinação da cadeira odontológica deve ser de 45 a 60 graus. Essa inclinação não é ergonômica para o dentista, sendo assim, o profissional deve evitar atendimentos consecutivos a idosos (PARAJARA e GUZZO, 2000).

Anteriormente à confecção de novas próteses totais, para o paciente, são recomendadas a avaliação rigorosa e a correção gradual das deficiências presentes naquelas que estão em uso, pois, geralmente, esses pacientes são apegados as suas próteses totais, principalmente os mais idosos. Corrigindo gradualmente as deficiências, os cirurgiões-dentistas possibilitam que os trabalhos protéticos sejam mais facilmente aceitos pelos pacientes, além de propiciar melhor colaboração do idoso para com o tratamento (BUDTZ-JORGENSEN, 1999). Próteses antigas devidamente corrigidas substituem a fase de moldagem anatômica, uma vez que podem ser utilizadas como molde para obtenção do modelo anatômico e sobre este a confecção de moldeira individual utilizada para moldagem funcional. Para pacientes com problemas de memória, psiquiátricos ou de coordenação motora, é recomendada a confecção de um par extra de prótese caso esta se quebre ou seja perdida.

Desde a consulta inicial, o cirurgião-dentista deve conscientizar o paciente e seus familiares/cuidadores quanto à necessidade de higienizar adequadamente as superfícies das próteses e a língua. Na sessão clínica de instalação das próteses é importante fornecer instruções escritas personalizadas, que contenham todas as precauções necessárias para a manutenção das mesmas. Após esta etapa do tratamento, controles periódicos são fundamentais para verificar a condição dos tecidos moles, adaptação e oclusão das próteses bem como a higienização da cavidade bucal e a necessidade de reembasamentos.

Efeitos psicológicos do uso de próteses totais

Pacientes idosos dificilmente colaboram de forma satisfatória com o tratamento odontológico. Esse fato ocorre devido à diminuição da auto-estima desses pacientes por diversas situações comuns à terceira idade, tais como: dificuldade de encontrar emprego, aposentadoria e sua baixa remuneração, morte de parentes próximos, abandono dos filhos, restrição alimentar resultante de dietas médicas e dificuldade na mastigação causada por próteses mal adaptadas e ausência de dentes (MACNAUGHER et al., 2001). Sendo assim, segundo Galtiese (2001), o cirurgião-dentista deve ter uma visão antropológica

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

da profissão, ou seja, deve analisar o homem como um todo e não apenas definir a boca como um conjunto de tecidos moles e duros. Dessa forma, o profissional possibilita a melhora da auto-estima do paciente e, conseqüentemente, torna o tratamento reabilitador com próteses totais mais aceitável.

CONCLUSÃO

- Grande parte dos idosos requer cuidados especiais, pois apresentam alterações sistêmicas e psicológicas que influenciam direta e/ou indiretamente na reabilitação com prótese total;
- O cirurgião-dentista deve ter um conhecimento mais amplo sobre as alterações que acometem os idosos, para realizar o tratamento reabilitador de maneira satisfatória.
- Para proporcionar a manutenção da saúde do idoso é necessário que uma equipe multidisciplinar esteja integrada, contribuindo cada um com seus conhecimentos específicos.

REFERÊNCIAS

- BARNES, I.E.; WALLS, A. Gerodontology. Oxford: Wright; 1994. 212 p.
- BARROS, J.J.; MANGANELLO, L.C. Traumatismo bucomaxilofacial, São Paulo: Roca; 2000. 324p.
- BODIC, F.; HAMEL L; LEROUXEL E, et al.: Bone loss and teeth. *Joint Bone Spine* 72(3): 215-21, 2005.
- BORAKS, S. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: BRUNETTI, RF & Montenegro, FLB. Distúrbios bucais na terceira idade. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.85-98.
- BRUNETTI, R.F; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: Brunetti, RF & Montenegro, FLB. A Odontologia Geriátrica e o Novo século. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.27-52.
- BUDTZ-JORGENSEN, E. Prosthodontics for the elderly. Chicago: Quintessence, 1999. 266p.
- CASSOLATO, S.F.; TURNBULL, R.S. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, v.20, n.2, p.64-77, 2003.

COELHO, A.K. Odontogeriatrics. In: Campostrini, E. Nutrição e saúde bucal. Rio de Janeiro: Revinter LTDA; 2004. p.38-67.

DOUGLAS, C.W.; SHIH, A.; OSTRY, L. Will there be a need for complete dentures in the United States in 2020? *J Prosthet Dent*, v.87, n.1, p.5-8, 2002.

DUAILIB, S.E. et al. Atendimento odontológico para pacientes geriátricos. *Atual Odontol Bras*, v. 6, n.1, p.21-35, 1989.

ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dent Clin North Am*, v.41, n.4, p.727-750, 1997.

ESAN, T.A., OLUSILE, A.O.; AKEREDOLU, P.A; ESAN, A.O. Socio-demographic factors and edentulism: the Nigerian experience. *BMC Oral Health*, v.4, n.1, p.1-6, 2004.

FEIJÓ, E.C. Saúde oral do idoso. In: Menezes, A. e cols. *Caminhos do Envelhecer*. Rio de Janeiro: Preliminar; 1993. 101p.

FERREIRA, J.A.N.D.; NÓBILO, M.A.A. Odontogeriatrics. In: Campostrini, E. Considerações sobre o tratamento protético em pacientes idosos. Rio de Janeiro: Revinter LTDA; 2004. p.212-223.

GALTIESE, C.L.A. Antroposofia na clínica dentária. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v.36, n.533, p.18, 2001.

LINDLE, J. *Tratado de Peridontologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. 493p.

MARCUS, P.A.; JOSHI, A.; JONES, J.A.; MORGANO, S.M. Complete edentulism and denture use for elders in New England. *J Prosthet Dent*, v.76, n.6, p. 260-261, 1996.

MARQUES, A.C.L. Relação da higiene bucal com a sensibilidade gustativa e nutrição em idosos. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Biopatologia Bucal, São José dos Campos, 2006.

MACNAUGHER, G.A.; BENINGTON, I.C.; FREEMAN, R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. *Gerodontology*, v.18, n.1, p.517, 2001.

MOEN, K.; KVALVIK, A.G.; HELLEM, S.; JONSSON, R; BRUN, J.G. The long-term effect of anti TNF-alpha treatment on temporomandibular joints, oral mucosa, and salivary flow in patients with active rheumatoid arthritis: a pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.100, n.4, p.433-440, 2005.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

RIBEIRO, Daniela Garcia, et al. A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, 2009.

MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F. Prótese total e a terceira idade. In: Cunha, VPP & Marchini, L. Prótese total: procedimentos clínicos e laboratoriais. Paraná: Maio; 2002. p.235-259.

PARAJARA, F.; GUZZO, F. Sim, é possível envelhecer saudável. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, v.54, n.2, p.91-99, 2000.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Geriatria fundamentos clinica e terapeutica. In: Carvalho Filho, ET & Papaleo Netto, M. Epidemiologia do envelhecimento. São Paulo: Atheneu Rio; 2005. p.19-34.

PASCHOAL, S.M.P.; LIMA, E.M. Geriatria fundamentos clinica e terapêutica. In: Carvalho Filho, ET & Papaleo Netto, M. Envelhecimento cutâneo. Aspectos dermatológicos. São Paulo: Atheneu Rio; 2005. p.591-598.

PEREIRA, C.M.M.S.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. In: Brunetti, RF & Montenegro, FLB. Efeitos bucais das drogas:cuidados na terceira idade. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.131-150.

População de idosos vai dobrar no Brasil até 2025. <http://www.onu-brasil.org.br/busca.php>.

ROSA, A.G.F; FERNANDEZ, R.A.C.; PINTO, V.G.; RAMOS, L.R.. et al. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública*, v.26, n.2, p.155-160, 1992.

SHINKAI, R.S.A.; DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.4, p.1099-1109, 2000.

SHULMAN, J.D.; RIVERA-HIDALGO, F.; BEACH, M.M. Risk factors associated with denture stomatitis in the United States. *J Oral Pathol Med*, v.34, n.6, p.340-346, 2005.

TRANTOS, D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med*, v.34, n.10, p.577-582, 2005.

ZWETCHKENBAUM, S.R.; SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. *Dent Clin North Am*, v.41, n.4, p.817-845, 1997. Review.