

SAÚDE BUCAL EM IDOSOS COM OSTEOPOROSE RELATO DE CASOS

ORAL HEALTH IN ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS CASES REPORT

SÉRGIO SPEZZIA

Cirurgião-Dentista e Especialista em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).

* Rua Silva Bueno, 1001, Ipiranga, São Paulo, Brasil. CEP 04208-050 sergiospezzia@hotmail.com

Recebido em 10/06/2013. Aceito para publicação em 26/09/2013

RESUMO

O termo saúde bucal corresponde a um quadro de ausência de algumas anormalidades na cavidade bucal, como: dor crônica facial e na boca, cancro oral e da garganta, feridas orais, defeitos congênitos (lábio e/ou fenda palatina), doença periodontal, perdas dentárias, bem como abrange a inexistência de outras doenças e perturbações orais que possam afetar a cavidade oral e a boca. Entende-se por saúde oral, a ausência de doenças dentárias e gengivais, dor orofacial e a presença de função mandibular adequada. A osteoporose é uma doença osteometabólica caracterizada por perda de massa óssea, deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com consequente fragilidade óssea e maior suscetibilidade a fraturas por fragilidade. Fraturas por fragilidade são aquelas que ocorrem por queda da própria altura ou menor impacto. Este estudo relata os casos clínicos de 21 pacientes idosos e com osteoporose com idade entre 69 e 83 anos e teve como objetivo avaliar a presença de outras doenças sistêmicas em concomitância, o estado geral dos dentes, o número de dentes, que cada qual possuía, o grau ou nível de higienização individual dos pacientes e quantos destes pacientes eram usuários de próteses totais.

PALAVRAS-CHAVE: Osteoporose, boca edentada, saúde bucal.

ABSTRACT

The term oral health represents a framework for the absence of some abnormalities in the oral cavity, such as chronic pain in the mouth and facial, oral and throat cancer, oral sores, birth defects (cleft lip and / or cleft palate), periodontal disease, loss dental, and covers the absence of other oral diseases and disturbances that may affect the oral cavity and mouth. It is understood by oral health, the absence of dental and gingival diseases, orofacial pain and the presence of mandibular function properly. Osteoporosis is a disease characterized by osteometabolic loss of bone mass, microarchitectural deterioration of bone tissue with a consequent bone fragility and increased susceptibility to fragility fractures. Fragility fractures are those

that occur from falls from standing height or less impact. This study reports the case histories of 21 elderly patients with osteoporosis aged between 69 and 83 years and aimed to evaluate the presence of other systemic diseases concomitantly, the general condition of the teeth, number of teeth, which each possessed, the degree or level of hygiene of individual patients and how many of these patients were denture wearers.

KEYWORDS: Osteoporosis, mouth, edentulous, oral health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial, devendo-se principalmente a melhora da assistência médico-sócio-cultural da população e ao declínio das taxas de mortalidade e fecundidade¹.

Busse & Blazer (1999)² relataram que o envelhecimento é advindo das alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta, resultando em declínio na eficiência do funcionamento. O sentimento de controle e a ausência de sequelas ou incapacidades associadas pode contribuir para que os idosos esboçem satisfação em relação à vida. Em contrapartida, quando há falta de autoestima e faz-se necessária assistência por terceiros, geralmente cuidadores ou familiares, caracterizando sua dependência para realizar as atividades de vida diárias e as atividades instrumentais da vida diária por falta de recursos próprios para fazê-lo sozinho, existe claramente prejuízo na sua qualidade de vida.

A presença de uma doença instalada, a falta de autonomia, fatores culturais e sócio-econômicos e o estilo de vida podem prejudicar a capacidade funcional do indivíduo, afetando seu bem-estar, assim como o desenvolvimento do seu processo de envelhecimento de forma salutar³.

O idoso requer avaliação global, que exige a atenção de diversas especialidades médicas e odontológicas, tanto pelo processo fisiológico de envelhecimento, como por ocorrerem alterações sistêmicas múltiplas.

São considerados idosos, indivíduos a partir de 65 anos em países desenvolvidos e com 60 anos em países em desenvolvimento, em que a expectativa de vida é menor.

Com o envelhecimento populacional, o número de patologias próprias da velhice, surge com maior frequência, causando impacto na qualidade de vida dos idosos. Doenças cardíacas, artrites, osteoporose e doenças reumáticas degenerativas serão cada vez mais comuns com o envelhecimento progressivo e contínuo⁴.

Dentre essas doenças, a osteoporose configura-se como uma doença osteometabólica caracterizada por perda de massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo com conseqüente fragilidade óssea e maior suscetibilidade a fraturas por fragilidade. Fraturas por fragilidade são aquelas que ocorrem por queda da própria altura ou menor impacto⁵.

Por volta dos quarenta anos de idade, inicia-se um processo lento e progressivo de perda óssea, resultando eventualmente no desenvolvimento da osteoporose, designada de osteoporose senil, caracterizada pela redução da densidade mineral óssea e perda do conteúdo mineral deste tecido⁶.

A densitometria óssea é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1994, como padrão ouro para o diagnóstico de osteoporose, representando o método de maior acurácia, precisão e o mais utilizado. É realizada na coluna lombar e no fêmur proximal, permitindo diagnóstico precoce da doença, avaliação do risco de fratura e monitoração do tratamento. Utiliza radiação ionizante (dupla fonte de raios X, uma alta e outra de baixa energia, que interage com os tecidos moles e o tecido ósseo – dual X-ray absorptiometry – DXA) com o objetivo de aferir o conteúdo mineral ósseo e a área projetada pela estrutura óssea (cm²). A razão entre esses dois componentes fornece a densidade mineral óssea (DMO)⁷ em g/cm².

A OMS⁷ definiu como normalidade, em adultos, a densidade mineral óssea (DMO) entre zero e ± 1 desvio padrão (DP) em relação aos valores médios mensurados em indivíduos jovens saudáveis (T-score). Osteopenia é definida por densidade mineral óssea entre -1 e $-2,5$ DP, e osteoporose por densidade abaixo de $-2,5$ DP.

Possuindo papel de relevância na saúde geral, a saúde bucal corresponde a um quadro de ausência de algumas anormalidades na cavidade bucal, como: dor crônica facial e na boca, cancro oral e da garganta, feridas orais, defeitos congênitos (lábio e/ou fenda palatina), doença periodontal, perdas dentárias, bem como abrange a inexistência de outras doenças e perturbações orais que possam afetar a cavidade oral e a boca. Entende-se por saúde oral, a ausência de doenças dentárias e gengivais, dor orofacial e a presença de função mandibular adequada⁸.

O estado de saúde bucal dos idosos tem adquirido maior importância nas últimas décadas nos países de-

envolvidos e em desenvolvimento, em razão do aumento da expectativa de vida. Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida e a saúde bucal tem papel relevante nesse contexto. A saúde bucal tem sido associada a qualidade de vida dos idosos em relação ao conforto, higiene e saúde geral. Danos relacionados as doenças bucais aumentam com a idade⁹.

Existem idosos de diversos níveis econômicos, culturais, de saúde e de motivação quanto à manutenção da saúde bucal. Dessa forma, tais variações podem afetar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento odontológico¹⁰.

Algumas 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 a idade por si só. Alterações nas estruturas orofaciais podem ser oriundas da idade, outras relacionam-se a 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 idade¹¹.

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 e necessidade de próteses parciais removíveis (PPRs).

No levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no Brasil pelo Ministério da Saúde, observou-se perda dentária como grave problema no grupo etário dos idosos. O índice CPOD (índice epidemiológico internacional padronizado, que considera o número de dentes cariados, perdidos e obturados) para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,79. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências¹².

A doença cárie está entre as maiores causas das perdas dentárias na população idosa, cujo maior fator de risco é a higiene oral inadequada. Após os 60 anos de idade, a cárie dental é um sério problema, o que sugere o desenvolvimento de medidas preventivas. Nos idosos a prevalência de cáries coronais, embora elevada, é semelhante à de outros grupos etários, porém, a prevalência de cáries radiculares é muito superior¹³. No que se refere à incidência de cáries dentárias, quer a nível coronário quer a nível radicular, esta é mais elevada no idoso do que em populações jovens¹⁴.

Dos problemas bucais do idoso, a perda de dentes é um dos mais frequentes. Em decorrência disso, a reabilitação protética, torna-se importante para o restabelecimento das condições bucais ideais. A perda da dentição permanente, influenciará na mastigação, conseqüentemente na digestão, bem como na gustação, pronúncia e estética.

Para que o tratamento protético seja realizado com sucesso é importante verificar se o paciente é portador de alguma doença sistêmica que possa interferir no tratamento, assim como as medicações de que o paciente faz uso para o controle dessas doenças, uma vez que as interações medicamentosas exercem grande influência no fluxo salivar e podem causar repercussões na cavidade bucal com redução na produção da quantidade normal de saliva e ressecamento das mucosas que irão sustentar as bases das próteses, causando traumas. Com o fluxo salivar normal, as mucosas são lubrificadas fisiologicamente pela ação protetora da saliva¹⁵.

Nos idosos, requer-se cuidados especiais, devido o acometimento por comorbidades crônicas e ao uso contínuo de medicamentos que podem interagir com aqueles usados na clínica odontológica. Nesses pacientes com doenças sistêmicas deve haver solicitação ao médico contactante de parecer acerca das condições de saúde que há para que se possa proceder a realização do tratamento odontológico seguramente. Sabe-se que a maioria dos medicamentos tem efeitos colaterais na cavidade bucal, como: gosto metálico, falta de paladar e xerostomia. Faz-se necessária a interação entre médicos e dentistas, muitas vezes para discutir a revisão das prescrições. O medicamento mais utilizado para tratamento da osteoporose atualmente, denominado de bisfosfonatos, devido sua eficácia comprovada não oferece grandes problemas relacionados com redução na produção de saliva, porém ao analisarmos as outras medicações que podem ser prescritas para tratamento da doença deve ser feita análise detalhada.

As alterações de saúde que comumente estão relacionadas com o envelhecimento, causando interferências no uso de próteses totais (PTs), são: osteoporose, diabetes, artrite, problemas cardiovasculares, diminuição do estímulo do centro da sede e problemas bucais.

As disfunções temporomandibulares (DTMs) são comumente encontradas em idosos, porém, nem sempre fáceis de avaliar. Próteses mal adaptadas, antigas e iatrogênicas agem como fatores perpetuantes da dor, causando transtornos¹⁶.

Alterações sistêmicas que comprometem outras articulações do corpo podem atingir as articulações temporomandibulares (ATM), é o que ocorre nos casos da artrite psoriática, lúpus e como mais importante temos a artrite reumatóide¹⁷. Algumas dessas alterações, tal como a osteoporose tem correlação com dores orofaciais e DTMs e devem ter diagnóstico diferencial e tratamento odontológico diferenciado ou possibilidade de encaminhamento para um profissional competente. Nestes casos, a queixa principal relatada pelos pacientes é um quesito de extrema importância^{18,19}.

Nos ossos maxilares ocorre também osteopenia e osteoporose com perda da massa óssea do processo alveolar e do osso alveolar propriamente dito. O acometimen-

to de osteoporose na ATM atualmente tem diagnóstico de DTM^{20,21}.

O objetivo desse artigo é relatar as características de saúde bucal presentes nos casos clínicos de 21 pacientes idosos com osteoporose. Foram avaliados a presença de outras doenças sistêmicas em concomitância, o estado geral dos dentes, o número de dentes, que cada qual possuía, o grau ou nível de higienização individual dos pacientes e quantos destes pacientes eram usuários de PTs.

2. RELATO DE CASO

Os dados foram coletados através de anamnese e exame clínico odontológico. A faixa etária dos idosos esteve entre 69 e 83 anos. No geral, segundo o gênero, tivemos 05 pacientes do sexo masculino (25%) e 16 pacientes do sexo feminino (75%).

Quanto ao número total de dentes tivemos 11 pacientes (52%) sem nenhum dente. Na faixa de 16 a 25 dentes presentes em boca houve 05 pacientes (24%), com 02 a 07 dentes tivemos 05 pacientes (24%). Além do edentulismo, a análise dos parcialmente dentados demonstrou que a maioria apresentava poucos dentes remanescentes e alguma necessidade de tratamento clínico odontológico, muitas vezes apresentando quadro com gravidade.

Quanto ao estado geral dos dentes, ao exame clínico, 21 pacientes (100%) apresentaram dentes em mau estado, devido a características clínicas desfavoráveis. Em sua maioria eram pacientes portadores de cáries dentárias extensas e profundas e de doenças periodontais, apresentando mobilidades dentárias de graus I, II e III e que foram encaminhados para tratamento clínico odontológico interdisciplinar. Em alguns desses pacientes, procedeu-se a indicação da realização de exodontias, devido ao estado precário em que se encontravam seus dentes, muitas vezes, restando apenas raízes residuais. Foram feitas recomendações de encaminhamento para tratamento odontológico restaurador e periodontal, bem como acerca do uso e da necessidade de próteses nos espaços edêntulos (PPRs e PTs), nesses idosos portadores de cárie e doença periodontal ativa, visando remoção do tecido cariado e a realização das restaurações. Nos casos de destruição por cárie aumentada, recomendou-se tratamento protético e instalação de próteses parciais fixas. Relacionado as mobilidades dentárias, as de grau III já exigiam exodontia, porém nas de grau I e II, orientou-se realização de raspagem coronarioradicular e alisamento, bem como a realização de pequenas cirurgias periodontais.

Eram usuários de PT 14 pacientes (70%), dos quais 03 faziam uso apenas de PT superior. Uma parte dos pacientes e em número de 07 não tinha nenhum dente e não fazia uso de PTs. Foi realizado exame das próteses totais e as próteses traumatizantes a mucosa bucal, bem

como as mal adaptadas que apresentavam problemas na confecção como estabilidade deficiente, além das que estavam contaminadas por *Candida albicans*, devido seu uso prolongado sem substituição, foram removidas. Nos pacientes com ausência de rebordo ósseo, principalmente inferior, para retenção e estabilidade da prótese total foi indicado reabilitação com prótese implantossuportada, onde primeiro seriam instalados os implantes dos pilares protéticos que sustentariam as próteses totais supraencaixadas, constituindo uma modalidade chamada de overdenture. Todas as próteses removidas seriam substituídas por novas.

A higienização individual dos dentes ao exame clínico, segundo critérios clínicos próprios do examinador, mostrou-se ruim em 16 pacientes, péssima em 04 pacientes e razoável somente em 01 paciente examinado. Foi realizada instituição de orientações sobre cuidados essenciais de higiene bucal e empregou-se corantes evidenciadores de placa dental para demonstrar aos pacientes o quanto estava sendo errônea sua interpretação dos conceitos de higienização.

Todos pacientes possuíam osteoporose estabelecida e confirmada através de exame médico reumatológico e de densitometria óssea. Somente 04 pacientes não tinham a osteoporose conjugada a outras doenças. Foram encontradas concomitantemente a osteoporose, doenças como: enfizema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), catarata, apnéia, infarto agudo do miocárdio, trombose venosa profunda, estenose mitral e anemia. Encontrou-se em maior número dislipidemia em 06 pacientes e hipertensão arterial sistêmica em 12 pacientes.

DISCUSSÃO

A maioria desses idosos analisados era portador de PT e osteoporose e portanto, todas as considerações acima relacionadas acerca do risco existente entre PT e algumas doenças sistêmicas, como a osteoporose foram de extrema importância, sendo computadas na análise feita nos pacientes.

Um dos principais agravos à saúde bucal é o edentulismo, que é resultante de vários complexos determinantes, entre eles temos: precárias condições de vida, baixa oferta e cobertura dos serviços, modelo assistencial predominante de prática mutiladora aliada às características culturais com significativa influência sobre a forma como as perdas dentárias são assimiladas²². Os principais fatores de risco envolvidos com o edentulismo, conforme resultados do SB Brasil 2003, demonstraram que no nosso país a ausência de dentes é uma marca da desigualdade social, onde ter baixa renda e baixa escolaridade (menos de sete anos de estudo) ou ser morador de zona rural proporciona maior chance de ocorrer perda de dentes, tanto parcial como totalmente. Pode-se conside-

rar ainda, como fatores de risco envolvidos no edentulismo, a falta de acesso a tratamentos básicos e especializados da cárie e da doença periodontal¹².

Em conformidade com os dados epidemiológicos da população brasileira relativos a altas taxas de edentulismo, encontrou-se nesse grupo de pacientes muitos problemas, voltados tanto para a ausência de dentes e inexistência de próteses totais, como para a existência de próteses em utilização que careciam de recursos para uso e que deviam imediatamente ser substituídas. Próteses disponibilizadas para uso em condições adequadas são possíveis meios auxiliares para melhora da mastigação, fonação e estética, bem como da autoestima.

Convém salientar, que após a instalação das próteses novas é importante orientar sobre a higienização das próteses e sobre a importância do auto-exame periódico, onde o paciente deve estar atento e assim que puder perceber alguma alteração de cor e/ou textura na mucosa subjacente a PT, deve procurar o cirurgião dentista. Além disso, os usuários de PT devem ser orientados sobre a importância de realizarem avaliação profissional odontológica periódica de suas próteses para que se possa verificar sua funcionalidade, estética e conforto, permitindo ainda, visualização de eventuais alterações teciduais desfavoráveis, associadas a utilização dessas próteses, permitindo efetuarem-se correções. As crenças populares interpretadas erroneamente de que usuários de PT não necessitam de acompanhamento por equipe de saúde bucal, bem como a crença de uma visão fatalista em que naturalmente o idoso perde os dentes com a idade devem ser abandonadas.

A melhora da autoestima desses idosos, basicamente, evitando-se essas perdas de elementos dentais numerosas e incipientes, através de tratamento odontológico preventivo ou empregando-se tratamento protético reabilitador efetivo poderia minimizar os problemas causados a saúde bucal e a saúde geral desses pacientes.

Pode-se deduzir claramente que uma das principais dificuldades apresentadas por esses idosos foram a falta de entendimento e do conhecimento da necessidade em procurar os serviços de saúde bucal. Deveria haver conscientização de que a falta de acompanhamento odontológico poderia com o passar do tempo, ameaçar sua saúde geral.

Doenças sistêmicas, muitas vezes, coexistindo nesses pacientes em dado momento, constituíram o único motivo de preocupação com sua saúde e interferiram no seu estado de saúde bucal. A manutenção de saúde bucal feita por cunho próprio, permaneceu negligenciada. Nesses idosos houve preocupação somente com sua saúde sistêmica, deixando de lado os cuidados com sua saúde oral, coexistindo higienização bucal precária, repercutindo desfavoravelmente, provocando perdas dentárias.

Fica claro que a osteoporose afeta o complexo crâ-

nio-facial e as estruturas orais, entretanto o mecanismo de ação da osteoporose na doença periodontal, perda de dentes e reabsorção do rebordo residual ainda não foi esclarecido. A relação da osteoporose sistêmica e a osteoporose oral é um problema complexo, sendo motivo de um grande número de pesquisas experimentais e clínicas, atualmente²³.

As causas da cárie dentária em idosos são idênticas às de pessoas jovens, entretanto, devido ao fato dos dentes dos idosos terem sido expostos aos efeitos do ambiente por um período maior de tempo, apresentam maior risco de desenvolver cárie do que os mais jovens²⁴.

Existe um grupo de pacientes idosos que apenas se acomoda com a inconveniência causada pelas suas doenças sistêmicas e deixa de lado a saúde dos seus dentes e outro que prima por esforçar-se e manter os cuidados com sua saúde oral mesmo frente ao sofrimento propiciado pelo quadro sistêmico, mas que não encontra aparato algum e nem sequer um serviço de saúde bucal instituído próximo ao seu meio para que possa iniciar um tratamento odontológico, ficando sem os cuidados necessários. Muitas vezes esses indivíduos tem de locomover-se a longas distâncias para obter recursos para sua saúde, o que torna a resolução desses problemas cada vez mais dificultosa.

No mais, muitas doenças são detectadas apenas pelo cirurgião dentista ao exame físico, permanecendo assintomáticas e desconhecidas frente a análise sucinta que é feita pelos indivíduos comumente. Idosos tendem a adotar alguma postura relacionada a presença de determinada doença, somente quando há manifestações agudas de doenças bucais, deixando de lado processos patológicos crônicos e irreversíveis, que podem acometê-lo, estes que são desencadeadores de perdas dentais. A análise e evidenciação dessas situações que passam despercebidas, por conseguinte, é de extrema importância e deveria ser incentivada, adotando-se políticas de atendimento odontológico preventivo.

No Brasil, a saúde bucal da população idosa é precária. A assistência pública odontológica precisa ser expandida e incrementada, principalmente entre os mais velhos^{12,25}.

Existem condições deficitárias no serviço odontológico do setor público brasileiro e existe a necessidade de estudos que avaliem as necessidades desse grupo etário, no intuito de desenvolver políticas públicas apropriadas à demanda.

Vale lembrar, que os idosos analisados no presente trabalho viveram uma época em que o edentulismo e as condições precárias da dentição, bem como o adoecimento eram considerados parte do processo normal de envelhecimento. Tal fato, parece refletir sobre o modelo encontrado na contemporaneidade do modelo de atenção a saúde adotado no país, caracterizado por acesso muito restrito e desigual, atenção básica precária e assistência

mutiladora. Convém salientar, também que os idosos atuais não foram expostos à fluoretação da água e da pasta dental, o que certamente influenciou e manifestou-se, concorrendo para a precariedade da saúde bucal dos mesmos no presente²⁶.

Em termos de abordagem coletiva para resolução do problema, recomenda-se a mudança do modelo de oferta dos serviços odontológicos, almejando incorporação e universalização de tecnologias preventivas acerca das principais doenças bucais, como cárie e doenças periodontais, que são as principais responsáveis pelo desencadeamento do edentulismo em si. Além do mais, deve haver a instituição de procedimentos reabilitadores que possam preservar os dentes em bom estado, obtidos por intermédio de uma rede de cuidados progressivos em saúde oral, conforme as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.

Os estigmas que afligem os idosos devem ser combatidos por meio da prevenção, do tratamento odontológico, do aumento da cobertura dos serviços pela população mais jovem, melhora dos hábitos de autocuidado e compreensão sobre a necessidade dos cuidados em saúde bucal. Existe a possibilidade de manter-se íntegros os dentes durante o envelhecimento, porém para que isso seja viabilizado, faz-se necessário que a prevenção seja uma medida adotada por toda a vida.

3. CONCLUSÃO

Orientações preventivas sobre cuidados essenciais de higiene bucal fornecidas em tempo anterior por atendimento odontológico poderiam evitar os danos causados.

REFERÊNCIAS

- [1] Rodrigues RMC. Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. 1ª. Ed. Coimbra: Mar da Palavra. 2009.
- [2] Busse EW, Blazer DG. Aspectos psicológicos do envelhecimento normal. In: Psiquiatria geriátrica. 2ª. Ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. 1999.
- [3] Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:409-15.
- [4] Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev de Saúde Pública*. 2009 43(3):548-54.
- [5] National Osteoporosis Foundation [homepage on the Internet]. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. Washington (DC): NOF; 2010 [cited 2011 Mar 15]. Available from: http://www.nof.org/sites/default/files/pdfs/NOF_ClinicianGuide2009_v7.pdf.
- [6] Brandão C, Santana TG, Castro JBS. Assistência de enfermagem ao paciente idoso com osteoporose. In:

- Netsaber artigos 6-10-2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/assistencia-de-enfermagem-prestada-ao-paciente-idoso-portador-de-osteoporose/18189/> acessado em 10-09-2011.
- [7] The WHO Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Switzerland: World Health Organization. 1994.
- [8] World Health Organization (2007). Oral health. WHO. Acessdo em 20 de Julho de 2009. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>.
- [9] Unluer S, Gokalp S, Dogan BG. Oral health status of the elderly in a residential home in Turkey. *Gerodontology*. 2007; 24:22-9.
- [10] Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglion C, Coronatt, EAS. Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade. *Rev Fac Odontol UPF*. 2008; 13(2):82-6.
- [11] Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. 1ª. Ed. São Paulo. Artes Médicas, 2002.
- [12] Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde. Resultados principais do Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.
- [13] De Rossi SS, Slaughter YA. Oral changes in older patients: a clinician's guide. *Quintessence Int*. 2007; 38(9):773-80.
- [14] Saunders JrRH, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin North Am*. 2005; 49(2):293-308.
- [15] Boraks S. Distúrbios bucais na terceira idade. In: Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. 1ª. Ed. São Paulo: Artes Médicas. 2002.
- [16] Siqueira JTT, Jacobsen MT. Dor Orofacial, Diagnóstico, Terapêutica e Qualidade de Vida. 1ª. Ed. Curitiba: Editora Maio. 2001.
- [17] Molina OF. Fisiopatologia Craniomandibular (oclusão e ATM). 2a. Ed. São Paulo: Pancast. 1989.
- [18] Turp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Temporomandibular disorders – pain outside the head and face is rarely acknowledged in chief complaint. *J Prosthet Dent*. 1997; 78(6):592-5.
- [19] Klineberg I, McGregor N, Butt H, Dunstan H, Roberts T, Zerbes M. Chronic orofacial muscle pain: a new approach to diagnosis and management. *Alpha Omegan*. 1998; 91(2):25-8.
- [20] Wactawski-Wende J, Grossi SG, Trevisan M, Genco, RJ, Tezal M, Dunford R, *et al*. The role of osteopenia in oral boneloss and periodontal disease. *J Periodontol*. 1996; 67(10 Suppl):1076-84.
- [21] Hildebolt CF. Osteoporosis and oral bone loss. *Dentomaxillofac Radiol*. 1997; 26(1):3-15.
- [22] Guedea MT, Albuquerque FJ, Tróccoli BT, Noriega JÁ, Seabra MA, Guedea RL. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicol Reflex Crit*. 2006; 19:301-8.
- [23] White SC, Taguchi A, Kao D, Wu S, Service SK, Yoon D, *et al*. Clinical and panoramic predictors of femur bone mineral density. *Osteoporos Int*. 2005; 16(3):339-46.
- [24] Acevedo RA, Batista LHC, Trentin MS, Shibli JA. Tratamento periodontal no paciente idoso. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo*. 2001; 6(2):57-62.
- [25] Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22:425-30.
- [26] Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:1665-75.

