

Abordagem odontológica e alterações bucais em idosos: uma revisão de literatura

Dental approach and oral changes in the elderly: a literature review

Abordaje dental y cambios orales en los ancianos: una revisión de la literatura

Recebido: 31/05/2020 | Revisado: 03/06/2020 | Aceito: 04/06/2020 | Publicado: 16/06/2020

Guereth Alexsanderson Oliveira Carvalho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3286-2943>

Universidade Federal do Piauí, Brasil

E-mail: guerethcarvalho@gmail.com

Amanda de Oliveira Pinto Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4705-6848>

Universidade Estadual Paulista, Brasil

E-mail: amandaribeiro11.2@gmail.com

João Victor Frazão Câmara

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9687-4401>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: jvfrazao92@hotmail.com

Josué Junior Araujo Pierote

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0585-1405>

Universidade de Santo Amaro, Brasil

E-mail: josuepierote@hotmail.com

Resumo

O envelhecimento da população torna necessário a preparação técnica dos profissionais de saúde, fazendo com que o conhecimento da realidade da população idosa, tais como as condições de saúde bucal, sejam parte da sua atuação clínica. Assim, o Cirurgião Dentista será capaz de planejar e executar ações corretas e diferenciadas para esse grupo populacional específico. O objetivo deste trabalho foi analisar as publicações científicas sobre as principais ocorrências encontradas no exame intrabucal em idosos. Esse trabalho é de abordagem qualitativa, natureza aplicada, com o objetivo exploratório e caráter bibliográfico, por meio da pesquisa em livros, revistas científicas, artigos eletrônicos, teses e dissertações que tratam das principais ocorrências patológicas intrabucais em idosos, nos idiomas português e inglês, publicados nos anos de 2000 a 2020. Consultou-

se, ainda, literatura julgada importante para a temática abordada, anterior ao período de inclusão. A produção científica analisada apontou as principais ocorrências intrabucais na população idosa: a perda dentária, o uso de próteses, doença cárie, doença periodontal, desgastes dentários, dificuldades de mastigação, dores bucais, xerostomia, bem como, lesões dos tecidos moles da boca, o que acarreta algum tipo de impacto na vida desse grupo populacional, seja físico ou psicológico.

Palavras-chave: Manifestações Bucais; Idoso; Saúde Bucal.

Abstract

The aging of the population requires the technical preparation of health professionals, making knowledge of the reality of the elderly population, such as oral health conditions, part of their clinical performance. Thus, the Dental Surgeon will be able to plan and execute correct and differentiated actions for this specific population group. The objective of this study was to analyze the scientific publications about the main occurrences found in the intra-buccal examination in the elderly. This work has a qualitative approach, applied nature, with the exploratory objective and bibliographic character, through the research in books, scientific journals, electronic articles, theses and dissertations that deal with the main intraocular pathological occurrences in the elderly, in the Portuguese and English, published in the years 2000 to 2020. It was also consulted literature deemed important for the subject matter, before the inclusion period. The scientific production analyzed showed the main intra-oral occurrences in the elderly population: dental loss, prosthesis use, caries disease, periodontal disease, dental wear, chewing difficulties, oral pain, xerostomia as well as soft tissue lesions of the mouth, which has some impact on the life of this population group, whether physical or psychological.

Keywords: Oral Manifestations; Aged; Oral Health.

Resumen

El envejecimiento de la población requiere la preparación técnica de profesionales de la salud, haciendo que el conocimiento de la realidad de la población de edad avanzada, como las condiciones de salud bucal, forme parte de su desempeño clínico. Por lo tanto, el cirujano dental podrá planificar y ejecutar acciones correctas y diferenciadas para este grupo de población

específico. El objetivo de este estudio fue analizar las publicaciones científicas sobre las principales ocurrencias encontradas en el examen intrabucal en los ancianos. Este trabajo tiene un enfoque cualitativo, de naturaleza aplicada, con el objetivo exploratorio y el carácter bibliográfico, a través de la investigación en libros, revistas científicas, artículos electrónicos, tesis y disertaciones que abordan los principales acontecimientos patológicos intraoculares en los ancianos, en portugués e inglés, publicado en los años 2000 a 2020. También se consultó literatura considerada importante para el tema, antes del período de inclusión. La producción científica analizada mostró las principales ocurrencias intraorales en la población de edad avanzada: pérdida dental, uso de prótesis, enfermedad de caries, enfermedad periodontal, desgaste dental, dificultades para masticar, dolor oral, xerostomía, así como lesiones de la boca en tejidos blandos. Algún impacto en la vida de este grupo de población, ya sea físico o psicológico.

Palabras clave: Manifestaciones Bucales; Anciano; Salud bucal.

1. Introdução

Sabe-se que o envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em quase todos os países do mundo tornando-se fonte de preocupação e desafio, sobretudo para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, tendo em vista, o despreparo em relação às políticas públicas para atender esse novo contingente populacional (Faleiros & Rapozo, 2011).

O Brasil possuía 30,2 milhões de idosos em 2017 com tendência de que o envelhecimento da população acelere, em 2031, o número de idosos pode superar o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Alves, 2005; IBGE, 2017).

Esse envelhecimento da população torna necessário a preparação técnica dos profissionais de saúde, fazendo com que o conhecimento da realidade da população idosa, tais como as condições de saúde bucal, sejam parte da sua atuação clínica. Dessa forma, o Cirurgião Dentista será capaz de planejar e executar ações corretas e diferenciadas para esse grupo populacional específico (Moimaz, Santos, Pizzato, Garbin, & Saliba, 2010).

A saúde bucal, principalmente referente a população idosa, não se dissocia da saúde como um todo, portanto fatores gerais do indivíduo e do ambiente afetam o sistema estomatognático e vice-versa. O conhecimento dessa interação também é de extrema

importância para o correto diagnóstico e manejo do paciente idoso, requerendo, portanto, uma formação ampla e abrangente do profissional (Perotto, Andrades, Paza, & Ávila, 2007). A manutenção da saúde bucal irá melhorar não só a saúde geral do paciente idoso, mas também manterá a sua autoestima e o bom desempenho social (Cardoso & Lago, 2011).

Nas faixas etárias mais avançadas há grande prevalência de manifestações orais tais como: cárie de raiz, doenças periodontais, patologias da mucosa bucal e necessidade de prótese (Albeny, Bittencourt, & Santos, 2018). Porém, apesar de inúmeras manifestações bucais eminentes aos idosos, um levantamento epidemiológico em 2003 demonstrou que 65,7% dos idosos estavam 3 anos sem realizar consultas odontológicas e, 5,8%, nunca haviam consultado um dentista (Projeto SB BRASIL, 2004).

Apesar do aumento da população idosa, os serviços públicos ainda se mostram despreparados para suprir a demanda e assegurar acessibilidade e resolutividade a toda essa população (Ana, Erdmann, & Caetano, 2008). Assim, o desenvolvimento de políticas públicas para as pessoas idosas tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar as publicações científicas sobre as principais ocorrências intrabucais em idosos, bem como, contextualizar o envelhecimento no Brasil para orientar o cirurgião dentista no diagnóstico e conduta dessa população específica.

2. Metodologia

Foi realizada pesquisa de natureza aplicada, com abordagem qualitativa, objetivo exploratório e caráter bibliográfico, por meio da pesquisa em livros, revistas científicas, artigos eletrônicos, teses e dissertações que tratam das principais ocorrências patológicas intrabucais em idosos. Contribuições e análises do material consultado foram de extrema importância para a compreensão e fundamentação teórica das discussões da pesquisa.

O levantamento bibliográfico para a pesquisa foi realizado por meio de bases online, como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica (MEDLINE) e Publicações médicas (PUBMED), utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), cadastrados no site da

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Manifestações Bucais; Idoso; Saúde Bucal em português e Oral Manifestations; Aged; Oral Health em inglês. A busca foi feita através da combinação entre os descritores utilizando conexões entre eles como “e/ou” em Português e “and/or” em Inglês.

Os critérios de inclusão foram artigos completos nos idiomas português e inglês, publicados nos anos de 2000 a 2020. Considerou-se, ainda, publicações anteriores ao período mencionado, pela relevância da informação. Os critérios de exclusão foram publicações, que não abordava a temática central do estudo, assim como os estudos de casos, publicações em espanhol, alemão ou outros idiomas, que não sejam português e inglês. Foram selecionados 47 trabalhos no total.

Esta escolha possibilitou a inclusão de estudos com abordagens metodológicas diversas, com a finalidade de favorecer uma compreensão mais abrangente sobre determinado fenômeno ou problema de saúde. Este método dialético, permitiu pesquisar, avaliar e sintetizar os resultados, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento sobre a temática.

3. Revisão de Literatura

3.1. Contextualizando o envelhecimento no Brasil

O envelhecimento pode ser considerado como uma conquista da humanidade. Desde a década de 1980 o Brasil vem invertendo sua pirâmide etária, e iniciando seu processo de envelhecimento. Entretanto, apresenta desafios a serem enfrentados tanto pela sociedade, quanto pelos legisladores que criam as políticas públicas, as quais asseguram direitos e garantias dessa parcela tão expressiva da sociedade (Oliveira, 2016).

A população idosa no Brasil constitui um grupo enorme e heterogêneo, que se distingue primeiro, do ponto de vista individual, onde cada um envelhece ao seu modo. Segundo, do ponto de vista social, diferenciando-se desde sua localidade, moradia, situação econômica e educacional (Nasri, 2016).

Envelhecer com qualidade numa sociedade tão desigual como a atual é um enorme desafio. Com o crescimento da população idosa nas últimas décadas e o aumento dos problemas associados ao envelhecimento, torna-se fundamental buscar respostas para atender às necessidades e aspirações dessa população.

Em uma comparação mundial, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo de forma mais rápida que a de outras faixas etárias. No ano de 1940, apenas 4% da população tinha essa faixa etária, em 1991 esse número subiu para 7,3%, em 2000 esse percentual já estava chegando a quase 9% com 8,6% da população. De acordo com essas mudanças, se espera que em 2050 haja dois bilhões de idosos, 80% deles nos países em desenvolvimento. A população de 80 anos ou mais é a que mais cresce e poderá passar dos atuais 11% para 19% em 2050 (Freitas, Queiroz, & Sousa, 2010).

Sendo assim, o envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida decorrente dos avanços que o país teve nas áreas da: educação; da saúde; sobretudo com a diminuição da mortalidade infantil; com os programas de prevenção de epidemias e de doenças infecciosas; com as campanhas de vacinação; com a progressiva universalização da atenção básica em saúde; com o aumento da infraestrutura de saneamento básico; com o aumento da renda e do consumo.

Ainda de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária os dados referentes ao envelhecimento da população brasileira, comparando o aumento de idosos em relação aos mais jovens mostram que, até o ano 2025, o número de idosos no Brasil será quinze vezes maior que o atual, enquanto a população brasileira terá aumentado apenas cinco vezes. Isso se dará pela baixa taxa de natalidade que já deverá, nessa época, em média ficarão apenas dois filhos por casal – a população não crescerá (Aplan/Anvisa, 2016).

A expectativa de vida no Brasil tem aumentado de forma desigual em suas regiões, pois a realidade de cada região é diferente. No sul e sudeste, por exemplo, o Brasil é considerado desenvolvido, tem bom índice de alfabetização (completaram o curso primário), e expectativa de vida em torno de 75 anos. A região Centro-Oeste e Norte são consideradas de médio desenvolvimento, com expectativa de vida em torno de 68 a 70 anos. No Nordeste, as taxas são menores, com índices de alfabetização pequenos e esperança de vida que oscila em torno de 55 a 65 anos, sendo abaixo da média brasileira (Ministério da Saúde, 2012).

No entanto, o crescimento desse segmento populacional está sendo acompanhada pela incerteza das condições de cuidados que experimentarão os longevos, já que as Políticas Públicas destinadas ao amparo destas pessoas desconhecem a fragilidade que os mesmos sentem uma vez que se tornam menos sociáveis, até mesmo preferindo se isolar (Schumacher, Puttini, & Nojimoto, 2013).

3.2 Epidemiologia Bucal na População Idosa

No Brasil, a epidemiologia bucal na população idosa vem sendo alvo de intensos estudos, principalmente, após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, constituindo-se num marco na história das políticas públicas brasileiras, na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz os princípios do Sistema Único de Saúde em seus pressupostos operacionais (Ministério da Saúde, 2012).

A Política Nacional de Saúde Bucal está caracterizada em eixos da atenção à saúde bucal a partir do desenvolvimento da atenção básica por meio da Estratégia em Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) como elementos estruturantes da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo.

Ao se estudar a epidemiologia bucal dos idosos verifica-se que em geral essa população é caracterizada pela perda dentária e uso de próteses, por cáries, além de doenças periodontais, desgastes dentários, dificuldades de mastigação, dores na boca e xerostomia, o que torna necessário que essa população seja avaliada e inserida em programas de saúde bucal, a fim de melhorar a saúde bucal da pessoa idosa, melhorando assim a qualidade de vida desses indivíduos (Ruiz, Tomita, Nico, & Moreira, 2005).

Os fatores sociais têm sido considerados um dos principais indicativos de saúde. Assim, é importante compreender os mecanismos pelos quais os fatores socioeconômicos interferem na saúde bucal, para que haja a implementação de políticas públicas efetivas voltadas para a redução das desigualdades, principalmente em relação às condições de vida e saúde e suas repercussões ao longo da vida (Arantes, 2015).

A gravidade das doenças bucais é o reflexo do modelo de atenção básica do país, que não prioriza a acessibilidade aos serviços odontológicos, constituindo-se uma desigualdade social, principalmente, entre os idosos, que perde peso a redução da capacidade mastigatória e com a limitação do consumo de determinados alimentos, diminuem ainda mais a sua qualidade de vida (Teixeira et al., 2016).

Nesse sentido, os estudos de Nico, Andrade, Malta, Pucca e Peres (2016) evidenciaram que no Brasil apenas 29,1% das pessoas com mais de 60 anos escovam

os dentes pelo menos duas vezes por dia. Esses os dados demonstraram ainda que essa prática ocorre com menos frequência entre os homens pardos e sem instrução ou apenas com o fundamental incompleto, como pode ser verificado na figura 1.

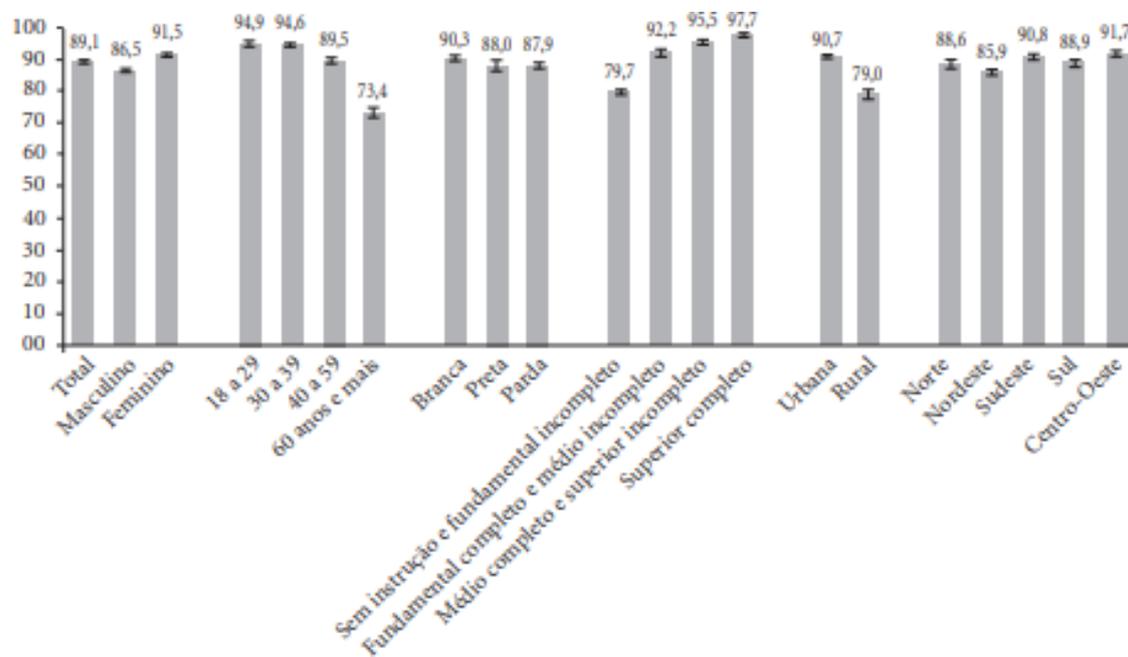


Figura 1: Distribuição da frequência de pessoas acima de 18 anos que escovam os dentes duas vezes ao dia. Fonte: (Nico et al., 2016).

4. Resultados e Discussão

4.1 Perda dentária e uso de prótese

A perda dentária é um evento comum na vida dos idosos e é considerada um importante instrumento de avaliação da condição de saúde bucal dessa população, uma vez que afeta 2,3% de idosos no mundo. A completa ausência dos dentes acarreta consequências nos aspectos físicos e emocionais, tais como: a reabsorção do rebordo residual, diminuição da função mastigatória e diminuição da capacidade social que leva os indivíduos à reclusão social (Azevedo, Azevedo, Oliveira, Correa, & Demarco, 2017).

O edentulismo é caracterizado pela combinação de circunstâncias econômicas e sociais dos indivíduos e da prática odontológica arcaica, que influenciam a extração dos elementos dentários como uma solução para o alívio da dor, sem considerar outras formas de acabar com a dor (Probst et al., 2016).

Uma consequência do edentulismo é o uso de próteses dentárias que constituem uma substituição dos tecidos e dentes extraídos ao longo da vida, sendo sua função principal recuperar a capacidade mastigatória, para a melhora do aspecto estético e de fonação dos indivíduos acometidos pela perda dental, principalmente os idosos, pois a sua eficácia pode ser verificada na qualidade de vida dos mesmos (Souza, Alves, Moreira, & Albuquerque, 2020).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como meta mundial que a população compreendida na faixa etária dos 65 a 74 anos de idade tenha pelo menos 20 ou mais dentes na boca. Contudo, o levantamento nacional de 2010 revelou que apenas 11, 5% dos brasileiros dessa faixa etária possuíam esse perfil. Desse modo, se observa que embora tenha ocorrido uma redução importante das perdas dentárias entre os indivíduos mais jovens, esses resultados não correspondem entre a população idosa, indicando um acúmulo da necessidade de prótese dentária nestas populações (Azevedo et al., 2017).

Portanto, os resultados do último levantamento tornaram evidente a necessidade de ampliar a oferta de ações de maior complexidade, como reabilitação protética, a fim de suprir a demanda reprimida no país. Essa oferta vem aumentando desde 2004 com o lançamento da Política Nacional de Saúde Bucal, por intermédio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) (Nico et al., 2016).

Desse modo, observa-se que a perda dentária ocasiona problemas tanto funcionais, quanto psicossociais, pois diminui a autoestima do paciente, a autonomia, além de problemas na fala e na mastigação. Portanto, esse problema é considerado de grande gravidade, pois evidencia as más condições de saúde bucal e representa o efeito cumulativo das doenças bucais ao longo da vida (Teixeira et al., 2016).

De acordo com estudos realizado por Azevedo, Azevedo, Oliveira, Correa e Demarco (2017), 53,8% da população idosa necessitavam de uso de prótese, contudo, os achado também observaram que qualquer ausência de dentes que afetasse a função

mastigatória ou a estética deveria ser indicado o uso de prótese dentária, assim é importante que os idosos tenham uma avaliação de cirurgiões-dentistas para verificar quando a prótese necessita ser trocada por falta de retenção, estabilidade, fixação ou prejuízo estético.

Vale ressaltar, que a indicação da prótese deve sempre levar em consideração a necessidade objetiva e a subjetiva, a primeira diz respeito a falta de dentes e a melhora nos problemas de saúde, já a subjetiva, está relacionada com a qualidade de vida, com o conforto, custo do tratamento, assim como a acessibilidade (Bendo, Martins, Pordeus, & Paiva, 2014).

As lesões cariosas são as incidências que mais contribuem para a perda dentária, sendo diagnosticadas como o problema que mais acomete as pessoas idosas no Brasil, além de ser uma das causas para o elevado percentual de pessoas que fazem uso de próteses dentárias (Ministério da Saúde, 2012).

As evidências científicas também mostraram que, a perda dentária e o uso de prótese dentária estão intimamente relacionados ao número de visitas ao profissional de Odontologia, uma vez que quanto menos assistência de profissional habilitado, mais as pessoas recorrem aos técnicos em prótese dentária ou em laboratórios clandestinos. Desse modo, a confecção de próteses dentárias, a extração dos dentes dos pacientes idosos pode ter sido realizada por “práticos” não formados, comuns em certas regiões do país, principalmente no século passado, bem como podem ter ocorrido perdas por doença periodontal avançada sem necessidade de extração (Azevedo et al., 2017).

4.2 Doença cárie em idosos

A cárie dentária é uma doença crônica e infecciosa que provoca a destruição dos tecidos dentários, caracterizada por lesões inicialmente com mancha branca ativa no esmalte do dente, ou no estágio mais avançado cavitações dentárias. Contudo, cumpre esclarecer que o tratamento das cáries precisa ser primeiramente nos fatores etiológicos da doença e não apenas nas lesões pela restauração das cavidades (Figura 2), uma vez que se o paciente teve as manifestações e não a doença tratada, poderá apresentar em um curto período de tempo novas lesões ou recidivas da lesão no mesmo elemento dentário (Brasil, 2010).



Figura 2: Fatores etiológico da cárie. Fonte: (Brasil, 2010).

Compreende-se por fatores etiológicos da cárie dentária: os hospedeiros; dentes e saliva; os micro-organismos; a dieta (grande responsável pela presença de cárie, uma vez que os micro-organismos cariogênicos necessitam da energia proveniente da sua fermentação para sobreviver); o tempo, que contribui para a desmineralização dentária (Lima, 2007).

Desse modo, é importante que seja realizado o diagnóstico clínico da doença para avaliar se está ativa ou inativa, contudo, o odontólogo só terá um diagnóstico preciso e eficaz das cáries se o dente estiver limpo e seco e se o ambiente estiver bem iluminado.

Os cinco estágios das lesões ativas e inativas da cárie podem ser assim descritas: Lesão de mancha branca ativa em esmalte apresenta o esmalte opaco, rugoso e poroso; Lesão de mancha branca inativa em esmalte caracteriza-se pelo esmalte brilhante branco ou escurecido, liso e polido; Lesão cavitada em dentina ativa exhibe tecido amolecido de cor amarelada ou castanho claro, aspecto úmido e opacidade no esmalte adjacente, gerando sensibilidade dolorosa; Lesão cavitada em dentina inativa com a presença de tecido endurecido no fundo da lesão de cor marrom escura ou negra, aspecto seco e brilhante e opacidade no esmalte adjacente com aspecto inativo; Lesão cavitada ativa atingindo o órgão pulpar, gerando grande sensibilidade dolorosa (Imparato, Raggio, & Mendes, 2008).

Assim, observa-se que a distribuição da doença cárie reflete diretamente na tentativa de identificar os indivíduos ou grupos populacionais de risco que possuem altos índices da doença ou um risco, ou seja, a maior probabilidade de desenvolvê-la. Portanto, há maior probabilidade de reincidências em pacientes que já manifestam a doença, do que novas lesões em novos pacientes extração (Azevedo et al., 2017).

Vale ressaltar, também, que é importante mensurar as variáveis que podem interferir positivamente ou negativamente no desenvolvimento da doença, os chamados fatores de risco, que podem ser biológicos ou sociais, como a dieta e a higiene bucal. No entanto, o poder de prognóstico desses fatores pode ser impreciso, pois o indivíduo pode apresentar altos níveis de *Streptococcus mutans* na cavidade bucal, mas realizar boa higienização, ou ter uma dieta cariogênica, mas contrabalancear com higiene bucal adequada (Ministério da Saúde, 2012).

Dos fatores biológicos, a história prévia da doença parece ser o parâmetro mais útil para predizer o desenvolvimento da doença, no qual a presença de cárie na dentição decídua possui forte correlação com o surgimento de lesões na dentição mista e permanente. Os fatores sociais aparecem, então, como os fatores explicativos da doença na população.

4.3 Doença Periodontal na população idosa

A doença periodontal é uma patologia que consiste na agressão ao conjunto de estruturas que suportam os elementos dentários, tais como gengiva, periodonto de proteção, cimento, ligamento periodontal e osso alveolar. Nesse contexto, a placa bacteriana se aloja nessas estruturas e resultam em gengivites e periodontites, que já são uma modalidade mais agressiva da infecção (Armitage, 1999).

É uma doença comum na população adulta devido a fatores gerais e locais, incluindo falta de higiene bucal, traumas, uso de cigarros, condições médicas gerais e condições socioeconômicas. A literatura relata ainda que, os idosos são mais propensos a desenvolverem a doença periodontal, uma vez que os efeitos são cumulativos e a idade é um fator de prevalência (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni, Kossionis & Polychronopoulou, 2012).

Epidemiologicamente as doenças periodontais são difíceis de serem caracterizadas pela ausência de uniformidade nos critérios aplicados pelos diferentes estudos, embora 90% da população mundial sejam acometidas por algum estágio dessa doença (Eke, Page, Wei, Thornton-Evans & Genco, 2012).

O *International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions* em 1999 em sua conferência dividiu a periodontite em duas formas principais: periodontite crônica e periodontite agressiva. Essa classificação é baseada em vários fatores clínicos, nomeadamente a idade de início, a taxa de progressão, o padrão de destruição, o grau de inflamação e a quantidade de placa e cálculo acumulados (Armitage, 1999).

Entretanto, em 2007, o *Centers for Disease Control (CDC)* e a *American Academy of Periodontology (AAP)* apresentaram uma nova classificação, com base em estudos epidemiológicos, assim como na avaliação das bolsas periodontais e perda de ligação. Os critérios de diagnóstico propostos incluem ≥ 2 medições interproximais com perda de ligação ≥ 4 mm ou profundidade de sulco ≥ 5 mm. Contudo, essa classificação também não foi aprovada, uma vez que deixava de fora das doenças periodontais, a gengivite, além de não haver uma divisão entre periodontite crônica e agressiva. De modo que em 2010, houve uma nova readaptação designando periodontite agressiva para indivíduos com menos de 35 anos de idade (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012).

A grande preocupação dos profissionais da Odontologia em relação as periodontites é a associação dessas inflamações com outras doenças sistêmicas, uma vez que os estudos apontam como um dos fatores de risco para as doenças do coração e acidentes vasculares cerebrais a má higiene bucal (Buhlin et al., 2011).

Ressalta-se, ainda, que o Diabetes Mellitus e problemas pulmonares também estão relacionados a doenças periodontais, que ao associar essas comorbidades com o fator idade, observa-se a importância de consolidar uma política de saúde bucal para os idosos, pois uma simples inflamação gengival pode evoluir para complicações mais sérias (Slots, 2010).

Diante desse contexto, é importante destacar que a relevância que se dá á periodontite é justificada pelas suas implicações funcionais e estéticas resultando da perda dentária. Principalmente, se levar em consideração a sua associação com várias

doenças sistêmicas de elevada morbidade, de onde se destacam as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus e as complicações obstétricas.

A literatura tem evidenciado que o padrão de Periodontite com mais incidência entre a população idosa é o moderado, entretanto, a perda severa é encontrada em poucos sítios dessa população. Observou-se que entre as pessoas do sexo masculino, na faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade há a incidência de 85%, já em relação à faixa etária dos 70 aos 79 anos, apresenta 71%. Já entre a população feminina de 60 a 69 anos de idade é de 71% e no grupo de 70 a 79 anos, 62% (Fidel Júnior, Lourenço & Fischer, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que a saúde periodontal é conseguida por meio do controle mecânico da placa bacteriana, que pode ser realizada pelo idoso e pelo dentista, pois é uma parte importante da terapia periodontal. Assim, quando não realizada adequadamente, por esses pacientes ou cuidadores, há o desenvolvimento mais rápido da inflamação gengival (Castro, Alves & Lopes, 2010).

4.4 Desgastes dentários na população idosa

Uma das doenças bucais mais comuns na velhice é o desgaste dentário, que ocorre por um efeito acumulativo de vários fatores associados a idade, como perda de dentes, aumento da carga funcional sobre os dentes remanescentes, assim como pelo hábito de morder objetos, dietas ricas em alimentos ácidos, entre outros (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012). O desgaste dentário é um processo natural de deterioração dentário, que deve ser tratado tão logo o paciente perceba, pois por ser comumente confundido com atritos oriundos da mastigação, quase nunca é diagnosticada inicialmente, assim ao longo dos anos a doença evolui e chega à destruição parcial dos dentes comprometendo o tecido gengival, expondo a raiz dos dentes, causando dor e hipersensibilidade e afetando a estética (Alves, Lucena, Araujo & Carvalho, 2012).

Na concepção de Marsiglio, Trigueiro, Cabezon, Paula, Morelli, Yamaguti & Garcia (2009) o desgaste dentário está relacionado com o processo de desmineralização dentária, assim caracteriza-se como um processo multifatorial e progressivo oriundo da junção de abrasão, erosão e atrição consideradas por muitos

autores como desgaste dental. Constituem-se clinicamente, sob formas diversas, desde sulcos rasos ou profundos até defeitos sob forma de cunha, contudo não ocorrem manifestações isoladas. Desse modo, uma lesão não-cariosa pode favorecer o desenvolvimento de outra, resultando de uma interação multifatorial, o que dificulta a identificação de uma única etiologia.

A literatura tem relatado que esse problema bucal é relacionado a hábitos alimentares e parafuncionais, ocupação, higiene oral, problemas sistêmicos e padrão oclusal. Assim de acordo com o modo como ocorreu o desgaste este pode ser classificado como: atrição ou erosão. A primeira é caracterizada pelo desgaste fisiológico do dente devido o contato dente a dente durante a mastigação. Esse tipo surge nas superfícies incisal e oclusal, raras exceções nas superfícies proximais. Já a segunda é definida pela dissolução dos tecidos dentais mineralizados por processos químicos. Portanto, o desgaste erosivo é o resultado físico de perda de tecido duro da superfície dental (Alves et al., 2012).

Vale ressaltar, que a perda de brilho do esmalte é uma das principais características da erosão dental, causando sensibilidade ao frio e ao calor. As causas mais comuns para essas sensibilidades são fatores extrínsecos, decorrente de alimentos muito ácidos como suco de limão, refrigerantes e alimentos ricos em vitaminas C. Entretanto, a erosão dentária pode ocorrer também por problemas intrínsecos, decorrentes de ácidos produzidos pelo próprio organismo, as esofagites e o refluxo gástrico, podem favorecer para que substâncias ácidas cheguem até a cavidade oral e ocorra um desgaste severo na região palatina, conforme observado na figura 3.

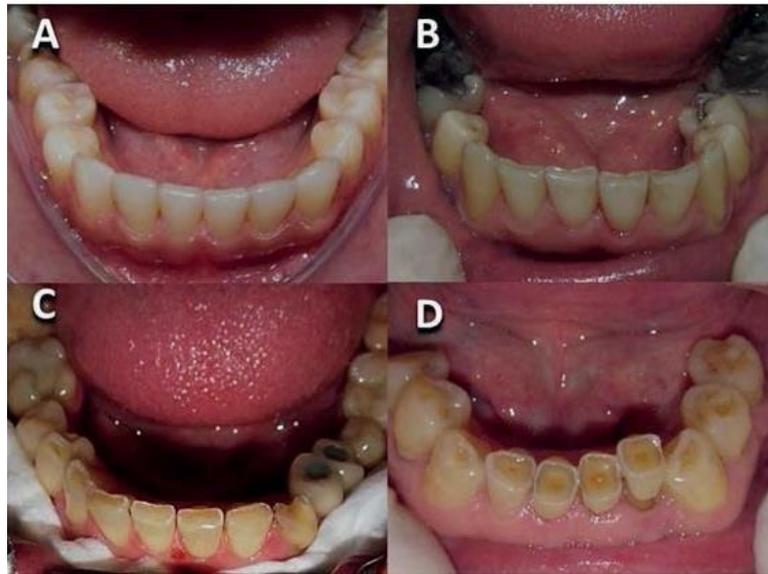


Figura 3: Desgaste severo na região palatina dos dentes. Fonte: Mesko, Cenci, Loomans, Opdam & Pereira-Cenci, 2016.

Observa-se que o desgaste dentário pode ocorrer por diferentes tipos de causas extrínsecas, intrínsecas, ocupacionais ou idiopáticas, o que implica que os ácidos que produzem a erosão podem ser de natureza exógena, endógena ou até mesmo de origem desconhecida. Na figura 3 A-D, observa-se que, o desgaste ocorre em diferentes regiões dos dentes, apresentando perda severa da estrutura dentaria em D; trata-se de uma pessoa idosa com 80 anos (Mesko et al., 2016).

Assim, para um correto diagnóstico é importante uma anamnese detalhada do paciente, verificando os seus hábitos, com elaboração de um diário da alimentação, técnica de escovação, ocorrência de regurgitações, problemas gástricos, consumo de álcool e medicamentos, dentre outros. Após a anamnese, deve ser realizado um exame intra-oral minucioso para observar a forma, a localização da lesão, bem como o grau de higiene bucal e a oclusão. Então após essas duas fases o profissional deve elaborar um plano de (Marsiglio et al., 2009).

4.4 Dificuldades de mastigação reportadas por idosos

O envelhecimento é um processo natural do ser humano, que contribui para modificações na anatomia e fisiologia, implicando assim, em alterações na funcionalidade do sistema estomatognático. Contudo, observa-se que alguns idosos

desencadeiam problemas de ordem emocional e psicológica como a solidão, devido ao isolamento social e à ausência de convívio familiar, comprometendo algumas funções fisiológicas como a mastigação, portanto, desencadeando alguns problemas de saúde (Bendo et al., 2014).

As pesquisas têm evidenciado que a população idosa tem problemas de mastigação e seleção dos alimentos (Figura 4). Esses problemas ocorrem em idosos que tem menos de 20 dentes naturais. Assim, é importante que esses pacientes saibam escolher o tipo de alimento adequado ao seu perfil dentário (Tavares & Carvalho, 2011).

Variáveis	Características	Controle		Experimental		Total	
		N	%	N	%	N	%
Deglutição	normal	88,4	38	53,5	23	70,9	61
	alterada	11,6	05	46,5	20	29,1	25
Deglutições múltiplas	sim	20,9	09	44,2	19	32,5	28
	não	79,1	34	55,8	24	67,5	58
Engasgos	sim	41,8	18	65,1	28	53,5	46
	não	58,1	25	34,9	15	46,5	40
Tosse	sim	30,2	13	60,5	26	45,3	39
	não	69,8	30	39,5	17	54,7	47
Resíduos	sim	20,9	09	55,8	24	38,3	33
	não	79,1	34	44,2	19	61,7	53
Dificuldade comprimidos	sim	25,5	11	53,5	23	39,5	34
	não	74,5	32	46,5	20	60,5	52
Total		50	43	50	43	100	86

Figura 4: Dificuldades de mastigação em idosos. Fonte: Tavares & Carvalho, 2011.

Os estudos evidenciam como principais modificações: a retração da gengiva com consequentes problemas na adaptação de próteses dentárias, a diminuição do número de papilas gustativas, o decréscimo da produção salivar e a diminuição de tônus e força da língua e da musculatura mastigatória, como fatores que contribuem para que a população idosa tenha dificuldade em mastigar os alimentos. Quanto aos aspectos dentários, a literatura tem apontado um quadro de saúde bucal precário na população idosa, destacando-se a alta prevalência de doenças periodontais, o número reduzido de dentes ou edentulismo, próteses mal adaptadas ou com péssima conservação e higiene bucal deficitária (Oliveira, Delgado & Brescovici, 2014).

Desse modo, há uma correlação entre a saúde bucal e a mastigação, haja vista que a falta de elementos dentários interfere diretamente na formação do bolo alimentar, induzindo a pessoa idosa a criar estratégias de adaptação, tais como a substituição de alguns alimentos mais sólidos e difícil trituração, por alimentos mais moles e de fácil absorção (Figura 5). Assim, ocorre presbifagia, que é a modificação nos hábitos de deglutir do idoso, permeado por adaptações (Dias & Cardoso, 2009).

Questão	Sim		Não		Às vezes	
	n	%	n	%	n	%
Necessidade de temperar mais a comida	14	46,7	13	43,3	3	10,0
Dificuldade em mastigar algum alimento	17	56,7	8	26,7	5	16,7
Dor durante a mastigação	1	3,3	26	86,7	3	10,0
Cansaço para mastigar	8	26,7	22	73,3		
Preferência por alimentos macios	19	63,3	11	36,7		
Engasgo durante/após a deglutição			21	70,0	9	30,0
Tosse durante/ após a deglutição			23	76,7	7	23,3
Cansaço ao se alimentar	2	6,7	24	80,0	4	13,3
Sensação de comida parada na garganta			27	90,0	3	10,0
Ardor e/ou dor na garganta durante ou após as refeições			30	100,0		
Necessidade de auxiliar a descida do alimento com líquido	8	26,7	20	66,7	2	6,7
Sensação de estar cheio após as refeições	9	30,0	14	46,7	7	23,3

Figura 5: Dificuldades alimentares auto referidas entre idosos. Fonte: B. S. de Oliveira et al., 2014.

Desse modo, observa-se que os idosos preferem alimentos macios, devido à dificuldade que, essa população apresenta em mastigar alguns alimentos específicos, causando dores ao mastigar, assim como cansaço para mastigar. Os estudos observaram ainda que, 90% dos idosos relatam dores na garganta após as refeições (Oliveira et al., 2014).

4.5 Relatos de dor relacionados à boca

É comum entre a população idosa o relato de dores lombares, ou nas extremidades, entretanto, atualmente tem sido comum o relato de dores bucais por esse

segmento social. Assim um estudo realizado na Finlândia verificou que essa incidência aumentou de 7% para 28% na última década. Já no Brasil, 23% dos idosos com 80 anos de idade sentem algum tipo de desconforto (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012).

Nesse sentido, é necessário que a população idosa realize consultas odontológicas periodicamente, uma vez que essa população tem alcançado uma sobrevida maior e a cavidade bucal também deve acompanhar essa longevidade. Portanto, a promoção da saúde deve ser estendida não apenas para as outras partes do corpo, mas é importante um tratamento preventivo para que haja um envelhecimento harmonioso e não seja negligenciado esse direito a população idosa de ter uma boca saudável mesmo aos 80 ou mais anos de idade (Bulgarelli, Mestriner & Pinto, 2012).

A dor orofacial pode ser oriunda de diversos problemas, entre eles a dor de dente, contudo, se ela for difusa e recorrente, pode estar associada a comorbidades mais sérias como neoplasia de cabeça e pescoço, leucemia ou até mesmo a neuralgia do trigêmeo. Por isso, deve-se evidenciar a importância do profissional de Odontologia para diferenciar uma aparente dor de dente de algo mais complexo (Grossmann, Siqueira & Siqueira, 2016).

Outro problema relacionado com a dor bucal é a síndrome de ardência bucal caracterizada como uma doença multifatorial, que afeta mulheres na menor pausa (40 – 60 anos de idade), há uma dor intensa, sensação de ardor, principalmente nas bordas laterais da língua, lábios e mucosa (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012).

4.6 Xerostomia

A população idosa apresenta características bucais e sistêmicas específicas, tais como rebordo alveolar reduzido, mucosa menos resiliente e tecido muscular em degeneração. Somado a essas especificidades apresenta, também, diminuição da secreção salivar o que pode levar à dor ou sensação de queimação na boca. Trata-se de uma doença que tem como principal sintoma a boca seca, por falta de salivagem. É uma enfermidade comum entre a população adulta, mas não pode ser associada ao processo de envelhecimento. Está relacionada a causas sistêmicas como: Lúpus, Alzheimer,

desidratação, artrite reumatoide, diabetes, HIV/AIDS, entre outras, assim como pode ser oriunda de medicamentos, ou radioterapias (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012).

Os achados de Murchison et al. (2014) sugerem que a fisiopatologia da xerostomia esteja associada ao estímulo da mucosa oral, que ativa os núcleos salivares na medula desencadeando resposta eferente. Os impulsos eferentes provocam liberação de acetilcolina nos terminais nervosos das glândulas salivares, ativando receptores muscarínicos (M3), que elevam a produção e o fluxo de saliva. Os impulsos medulares responsáveis pela salivação também podem ser modulados por conexões corticais de outros estímulos.

De acordo com os estudos de Machado (2017), a xerostomia pode provocar ou não a hipossalivação. Na população idosa essa patologia se torna mais evidente devido à ingestão de medicamentos e ao processo natural de diminuição das reservas secretoras das glândulas salivares. Assim, tendem a apresentar dificuldades na deglutição, fala e mastigação. Bem como diminuição do paladar, aderência da língua na base da prótese e formação de lesões de mucosa, fatores que influenciam na qualidade de vida do idoso.

Ressalta-se que a xerostomia causa ainda, danos significativos em tecidos orais e na faringe, interferindo diretamente na qualidade de vida, principalmente quando esta patologia está associada a cárie dentária, halitose, problemas de mastigar, engolir e candidíase. Assim deve-se fazer uma investigação minuciosa a fim de ser investigada e gerenciada nos idosos pelos profissionais de Odontologia (Côrte-Real, Figueiral & Campos, 2011).

Em estudos realizados pelo Medical Subject Headings, o estresse pode contribuir com a xerostomia, uma vez que se trata de um processo da reação do corpo às forças externas e condições anormais que tendem a interferir na homeostase do organismo, contribuindo para que as atividades fisiológicas sejam realizadas de forma eficaz (Costa, Fonseca, Fonseca & Sousa, 2015).

A avaliação realizada pelo profissional de Odontologia deve levar em consideração os relatos iniciais do paciente, tentando identificar acuradamente o momento da instalação, as características temporais, além dos fatores desencadeantes, incluindo os aspectos momentâneos ou psicogênicos, assim como o estado de

hidratação e hábitos do sono, se há o uso de medicamentos, ou mesmo se há sintomas de distúrbios causais, incluindo olhos secos, pele seca e dores articulares (Murchison, 2014).

4.7 Lesões Orais

As lesões orais na população idosa são resultados das mudanças nas respostas imunológicas relacionadas à idade e hábitos crônicos, como o cigarro e o uso de dentaduras, alteram a mucosa oral nessa população. Desse modo, estudos realizados em alguns países evidenciaram que 20% dos canadenses, apresentavam pelo menos uma lesão oral. Já na Finlândia esse índice é de 40% e 65% na Alemanha, no Brasil esse índice é de 32% (Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013; Kossioni et al., 2012).

Dentre as lesões orais mais comuns entre esses países, a estomatite por dentadura, hiperplasia irritativa, úlceras orais e queilite angular são as mais evidenciadas. A incidência de lesões orais específicas aumenta em pessoas portadoras de dentaduras, sendo que o uso de próteses totais foi o fator mais significativo para o surgimento de uma ou mais lesões da mucosa bucal (Peixoto, Peixoto & Alessandretti, 2015).

Desse modo, conhecer essas alterações que ocorrem na cavidade oral e saber as doenças que acometem essa região é importante para o profissional de odontologia, principalmente, o cirurgião-dentista, visto que permitirá realizar um tratamento diferenciado, específico e com qualidade.

Do ponto de vista clínico a mucosa oral de uma pessoa idosa é caracterizada por uma superfície mais lisa e seca. Essas características são provenientes das sequelas e doenças sistêmicas, que associadas ao uso de medicamentos ficam ainda mais propensas a problemas como língua saburrosa (Figura 6) e as viscosidades linguais (Figura 7) (Ferreira, Magalhães, Rocha, Schwambach & Moreira, 2007).

Figura 6: Língua saburrosa. Fonte: Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013.



Figura 7: Variceloidades línguais. Fonte: Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013.



Língua saburrosa, acúmulo de restos alimentares, bactérias e células mortas são as principais alterações verificadas em 20% dos idosos no Brasil, sendo mais frequente entre a população masculina. Estão relacionadas, também, com o mau hálito e a perda de paladar. Assim, para tratar essas alterações e remover a saburra lingual é recomendável o uso de limpadores linguais (figura 8).

Figura 8: Removedores de saburra. Fonte: Brunetti-Montenegro & Marchini, 2013.



5. Considerações Finais

Após a leitura e interpretação dos artigos selecionados, foi possível concluir que as principais ocorrências encontradas na população idosa por meio de exame intrabucal são: mucosa bucal fragilizada e sensível, problemas periodontais, xerostomia, doença cárie, edentulismo, o que resulta na dificuldade de mastigação dos alimentos, com conseqüente deficiência na absorção dos nutrientes alimentares e comprometimento sistêmico.

Outros impactos decorrentes dessas ocorrências bucais nos idosos incluem perda da qualidade de vida e da autoestima, pois com o sorriso comprometido a imagem do ser humano fica fragilizada e o mesmo torna-se propenso a alterações psicológicas. O trabalho dos profissionais da Odontologia, sobretudo do odontogeriatria, é essencial para minimizar ou, até mesmo, erradicar as intercorrências bucais em idosos visando seu bem-estar.

Referências

Aplan/Anvisa. A. de P. (2016). *Ministério da Saúde-Agência Nacional de Vigilância Sanitária*.

Albeny, A. L., Bittencourt, D., & Santos, F. (2018). *Artigo de Revisão Doenças Bucais que mais acometem o paciente na terceira idade : Uma revisão de Literatura Oral Diseases that*

most affect the patient in the Elderly: A Literature Review Introdução significativo na quantidade de idosos , principalmente n. 12(42), 681–694.

Alves, J. A. L. (2005). *Os direitos humanos na pós-modernidade* (Perspectiva, Ed.). São Paulo.

Alves, M. do S. C., Lucena, S. C., Araujo, S. G., & Carvalho, A. L. A. (2012). Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea. *Revista Do CRO/PE (Odontologia Clinico-Científica) - Recife*, 11(3), 247–251.

Ana, M., Erdmann, A., & Caetano, J. (2008). Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400010>

Arantes, R. (2015). Epidemiologia da saúde bucal. Antunes JLF, Peres MA, organizadores. 2a Ed. São Paulo: Editora Santos; 2013. 738p. ISBN: 978-85-412-0272-5 . *Cadernos de Saúde Pública* , Vol. 31, pp. 652–653.

Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.1902/annals.1999.4.1.1>

Azevedo, J. S., Azevedo, M. S., Oliveira, L. J. C. de, Correa, M. B. & Demarco, F. F. (2017). Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados . *Cadernos de Saúde Pública* , Vol. 33.

Bendo, C. B., Martins, C. C., Pordeus, I. A. & de Paiva, S. M. (2014). Impacto das condições bucais na qualidade de vida dos indivíduos Impact of oral conditions on individual's quality of life. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 68(3), 189–193.

Brasil, S. (2010). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-resultados principais*. Brasília, DF, Brasil.

Brunetti-Montenegro, F. L. & Marchini, L. (2013). *Odontogeriatria* (1st ed.; Elsevier, Ed.). Rio de Janeiro.

Buhlin, K., Mäntylä, P., Paju, S., Peltola, J. S., Nieminen, M. S., Sinisalo, J. & Pussinen, P. J. (2011). Periodontitis is associated with angiographically verified coronary artery disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 38(11), 1007–1014.

Bulgarelli, A. F., Mestriner, S. F. & Pinto, I. C. (2012). Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião dentista. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 97–107.

Cardoso, M. B. R. & Lago, E. C. (2011). Alterações bucais em idosos de um centro de convivência. *Revista Paraense de Medicina V*, 24(1), 97–107.

Castro, C. P., Alves, C. M. C. & Lopes, F. F. (2010). Fatores sistêmicos associados à doença periodontal em idosos. *Rbceh*, 7(2), 289–295.

Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H. & Reis Campos, J. C. (2011). As doenças orais no idoso - Considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 175–180.

Costa, A., Fonseca, E., Fonseca, D. & Sousa, M. (2015). Distribuição espacial da xerostomia e índice de exclusão social de idosos de Piracicaba , SP, Brasil. *Arq Odontol*, 51(1), 39–46.

de Freitas, M. C., Queiroz, T. A. & de Sousa, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(2), 407–412.

Dias, B. K. P. & Cardoso, M. C. de A. F. (2009). Características da função de deglutição em um grupo de idosas institucionalizadas. *Estud. Interdiscip. Envelhec*, 14(1), 107–124.

Eke, P. I., Page, R. C., Wei, L., Thornton-Evans, G., & Genco, R. J. (2012). Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *Journal of Periodontology*, 83(12), 1449–1454.

Faleiros, V. de P. & Rapozo, J. M. T. (2011). Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores - o caso de Boa Vista/RR. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 10(2), 356–370.

Ferreira, R., Magalhães, C., Rocha, E., Schwambach, C. & Moreira, N. (2007). *Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte*. Universidade Federal de Minas Gerais.

Fidel Júnior, R. A., Lourenço, R. A. & Fischer, R. G. (2013). A doença periodontal e o idoso frágil. *A Doença Periodontal e o Idoso Frágil*, 12(1), 92–100.

Grossmann, E., Siqueira, J. T. T. de & Siqueira, S. R. D. T. de. (2016). Orofacial neuropathic pain. *Revista Dor*, 17(Suppl 1), 75–78.

IBGE. (2017). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*.

Imparato, J. C. P., Raggio, D. P. & Mendes, F. M. (2008). *Selantes de Fossas e Fissura: Quando, Como e Por quê?* Livraria Santos Editora: São Paulo.

Kossioni, A. E., Kossionis, G. E. & Polychronopoulou, A. (2012). Oral health status of elderly hospitalised psychiatric patients. *Gerodontology*, 29(4), 272–283.

Lima, J. E. de O. (2007). Cárie dentária: um novo conceito. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*, 12(6), 119–130.

Machado, S. G. (2017). Influência da Xerostomia em pacientes portadores de prótese removível e tratamento. *CESPU*, 12(3), 23–35.

Marsiglio, A. A. ., Trigueiro, M., Cabezon, P. C. ., De Paula, L. M. ., Morelli, E. M. ., Yamaguti, P. M. & Garcia, F. C. (2009). Erosão Dental: da Etiologia ao Tratamento. *UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e Da Saúde*, 11(1), 15–19.

Mesko, M. E., Cenci, M. S., Loomans, B., Opdam, N. & Pereira-Cenci, T. (2016). Reabilitação oral do desgaste dentário severo com resina composta. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 21(1), 121–129.

Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde -Departamento de Atenção Básica. In *Caderno de atenção domiciliar* (Vol. 1). Brasília, DF.

Moimaz, S. A. S., Santos, C. L. V. dos, Pizzato, E., Garbin, C. A. S. & Saliba, N. A. (2010). Perfil de utilização de próteses totais em idosos e avaliação da eficácia de sua higienização. *Brazilian Dental Science*, 7(3).

Murchison, D. F. (2014). Xerostomia: causas e tratamentos. In *Manual MSD* (3^a ed). São Paulo.

Nasri, F. (2016). O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6(8), 34–42.

Nico, L. S., Andrade, S. S. C. de A., Malta, D. C., Pucca Júnior, G. A. & Peres, M. A. (2016). Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health Survey. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(2), 389–398.

Oliveira, A. T. R. (2016). Envelhecimento populacional e políticas públicas : desafios para o Brasil no século XXI. *Espaço e Economia [Online]*, 8.

Oliveira, B. S. de, Delgado, S. E. & Brescovici, S. M. (2014). Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 575–587.

Peixoto, A. P. T., Peixoto, G. C. & Alessandretti, R. (2015). Relação Entre o Uso de Prótese Removível e Úlcera Traumática - Revisão de Literatura. *Journal of Oral Investigations*, 4(1), 26–32.

Pereira de Souza, F. E., Alves, D. de A., Moreira, F. T. L. dos S. & Albuquerque, G. A. (2020). Edentulismo E Qualidade De Vida: Percepção De Pacientes Da Terceira Idade. *Revista E-Ciência*, 7(2). <https://doi.org/10.19095/rec.v7i2.428>

Perotto, J. H., Andrades, K. M. R., Paza, A. O. & Ávila, L. F. de C. (2007). Prevalência da xerostomia relacionada à medicação nos pacientes atendidos na Área de Odontologia da UNIVILLE. *RSBO (Impr.)*, 16–19.

Probst, L. F., Ambrosano, G. M. B., Cortellazzi, K. L., Guerra, L. M., Ribeiro-Dasilva, M., Tomar, S. & Possobon, R. de F. (2016). Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(3), 347–354.

Projeto SB BRASIL. (2004). *Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais*. Brasília.

Ruiz, T., Tomita, N. E., Nico, L. S. & Moreira, R. D. S. (2005). A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(6), 1665–1675.

Schumacher, A. A., Puttini, R. F. & Nojimoto, T. (2013). Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde Em Debate*, 37(97), 281–293.

Slots, J. (2010). Human viruses in periodontitis. *Periodontology 2000*, 53, 89–110.

Tavares, T. E. & Carvalho, C. M. R. G. de. (2011). Características de mastigação e deglutição na doença de Alzheimer. *Revista CEFAC*, 14(1), 122–137.

Teixeira, D. S. D. C., Frazão, P., Alencar, G. P., Baquero, O. S., Narvai, P. C., Lebrão, M. L. & Duarte, Y. A. de O. (2016). Estudo prospectivo da perda dentária em uma coorte de idosos dentados. *Cadernos de Saude Publica*, 32(8), 1–12.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Guereth Alexanderson Oliveira Carvalho – 40%

Amanda de Oliveira Pinto Ribeiro – 20%

João Victor Frazão Câmara – 20%

Josué Junior Araujo Pierote – 20%