

Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura

Principal oral alterations and diseases in elderly patient – a literature review

RESUMO

Introdução: o aumento da idade tem uma importante influência na prevalência de doenças bucais, já que a mucosa oral torna-se mais sensível aos danos mecânicos. O surgimento e o desenvolvimento de grande parte das doenças que se manifestam na cavidade bucal na velhice, revelam a interação existente entre as alterações degenerativas da idade e condições patológicas. É preciso esclarecer que as modificações ocorridas nos tecidos bucais não se resumem às perdas parcial ou total dos dentes. As modificações sofridas pelos tecidos moles da boca são pouco estudadas na literatura e, por serem de grande frequência, necessitam de conhecimentos mais aprofundados, de modo a fornecerem subsídios e contribuir para o aprimoramento deste campo da Odontologia.

Objetivo: este estudo teve como propósito fazer um levantamento na literatura para verificar as principais alterações e lesões bucais que acometem o idoso.

Conclusão: pôde-se observar que o paciente geriátrico está sujeito a uma variedade de lesões, como as iatrogênicas causadas por próteses mal adaptadas, as diversas lesões benignas e as cancerizáveis. Dessa forma, o cirurgião dentista tem papel fundamental na detecção de qualquer anormalidade que o idoso apresenta na cavidade bucal, e o diagnóstico precoce possibilita um tratamento mais conservador.

Palavras-chave: Odongeriatria; Patologia Bucal; Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Introduction: the aging has an important influence on the prevalence of oral diseases since the oral mucosa becomes more sensitive to the mechanical damages. Most of the diseases in oral cavity of elderly people are related to the interaction of degenerative alterations and pathological conditions. It is important to clarify that the modifications of the elderly's oral environment are not only regarded to partial and total teeth loss. The understanding of alterations of soft tissues in elderly people remains unclear in literature.

Aim: therefore, the purpose of the present literature review was to verify the principal alterations and oral lesions that affect aging patients.

Conclusion: several different lesions affect the elderly people such as iatrogenic lesion caused by poor fit complete denture as well as benign and carcinogen lesions. Therefore, the dental surgeon has the important role for diagnosis of abnormalities in the oral cavity of elderly patient and to perform an early diagnosis to provide a conservative treatment.

Keywords: Geriatric Dentistry; Pathology, Oral; Patient Care.

Eulália Maria Martins da Silva*
Valentim Adelino Ricardo Barão**
Daniela Micheline dos Santos**
Juliana Aparecida Delben**
Ana Carolina Prado Ribeiro***
Ana Kelly Garcia Gallo**

* CD, Me, Dr, Professora, Depto. de Prótese Dentária, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

** CD, Me, Aluno do curso de Doutorado do programa de Pós-Graduação em Odontologia, Depto. de Prótese Dentária, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

*** CD, Aluna do curso de Mestrado do programa de Pós-Graduação em Odontologia, Depto. de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

Endereço para correspondência:

Valentim Adelino Ricardo Barão
Departamento de Materiais
Odontológicos e Prótese
Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
Rua José Bonifácio, 1193 CEP: 16015-050
E-mail: ricardo.barao@hotmail.com

Enviado: 20/04/2009

Aceito: 17/11/2009

INTRODUÇÃO

Semelhante ao resto do mundo, o Brasil está envelhecendo. O decréscimo da fertilidade e o aumento da expectativa de vida, graças aos avanços nas pesquisas biomédicas e sua aplicação na prática clínica, tem provocado mudanças demográficas com reflexos sociais e econômicos¹.

Os maiores de sessenta anos, marco da terceira idade nos países em desenvolvimento, já somam 13,5 milhões no Brasil, o que corresponde a 8,65% da população. Outros 650 mil atingem esta marca a cada 12 meses. No ano de 2050, estima-se que a população brasileira terá 65 milhões de idosos, cerca de 24% da população prevista¹. Com o aumento da expectativa de vida, a demanda por serviços odontológicos para idosos também aumentou. A saúde bucal na população idosa brasileira encontra-se em situação precária, sendo evidenciada em muitos estudos pelo grande número de indivíduos edêntulos, como também pela ausência de programas voltados para este grupo populacional, tornando-se um importante assunto de saúde pública²⁻⁶.

As mudanças físicas, mentais, sociais e comportamentais que acompanham o envelhecimento estão freqüentemente combinadas com efeitos debilitantes de enfermidades agudas ou crônicas. O aumento da idade tem uma importante influência na prevalência de doenças bucais, já que a mucosa oral torna-se mais sensível aos danos mecânicos. Várias doenças sistêmicas ou medicamentos apresentam efeitos negativos na secreção salivar, que resultam em hipossalivação - aumentando desta forma o risco para o aparecimento de lesões bucais na população idosa. Como consequência, muitos pacientes necessitam de cuidados odontológicos especiais^{1, 7-10}.

O surgimento e o desenvolvimento de grande parte das doenças que se manifestam na cavidade bucal na velhice, revelam a interação existente entre as alterações degenerativas da idade e condições patológicas. É preciso esclarecer que as modificações corridas nos tecidos bucais não se resumem às perdas parcial ou total dos dentes. As modificações sofridas pelos tecidos moles da boca são pouco estudadas na literatura especializada e, por serem de grande freqüência, necessitam de conhecimentos mais aprofundados, de modo a fornecerem subsídios e contribuir para o aprimoramento deste campo da odontologia.

Os cuidados médicos para esta população devem estar centralizados essencialmente na melhoria da qualidade de vida, com especial atenção à prevenção de doenças e enfermidades¹¹. A saúde bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral dos indivíduos, tem sido relegada ao completo esquecimento, no caso brasileiro, quando se discutem as condições de saúde da população idosa.

Tendo em vista esse real envelhecimento da população e que os idosos são uma grande legião à parte da sociedade, com características próprias, doenças e outros problemas que lhes são peculiares, esse trabalho teve por objetivo abordar as principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente idoso, dando enfoque na prevalência, características clínicas, diagnóstico e prevenção das mesmas.

REVISÃO DA LITERATURA E DISCUSSÃO

A saúde bucal, apesar de ser fundamental, muitas vezes não recebe a devida atenção por parte da população. Isso se agrava ainda mais nos idosos que, em sua maioria, apresentam um baixo índice de freqüência ao serviço odontológico.

Mesmo diante do envelhecimento da população mundial, pouco ainda se pesquisa no campo da Estomatologia Geriátrica. Diante disto, a visão que se tem das condições de saúde bucal desses indivíduos é bastante precária, retratando quase sempre, um quadro clínico no qual predominam altos índices de edentulismo, alterações e doenças bucais.

Redução da capacidade gustativa, língua saburrosa e as varicosidades linguais são alterações bastante freqüentes em pacientes idosos. A redução da capacidade gustativa é um fenômeno fisiológico que acomete cerca de 80% dos indivíduos, principalmente àqueles acima de 50 anos de idade^{12,13}. Essa perda gustativa pode também estar associada a uma pobre higienização¹⁴. Quirynem *et al.*¹⁴ constataram que com a melhora da higienização houve um aumento da percepção do gosto doce e salgado pelo indivíduo. Este achado é de extrema significância, pois o sal e o açúcar geralmente são ingredientes restritos nas dietas recomendadas para pessoas idosas, principalmente nos casos de diabéticos e hipertensos.

Como as alterações gustativas na terceira idade freqüentemente são conseqüências de uma série de causas associadas, é preciso acurada observação clínica para a seleção de uma terapia efetiva. Não há um tratamento padrão para a disfunção gustativa, principalmente se não existir uma simples causa, assim como, para muitas alterações não se conhece nenhuma abordagem terapêutica efetiva¹⁵.

A língua saburrosa, entidade ocasionada pelo acúmulo de restos alimentares, bactérias e células mortas no dorso da língua, é observada em cerca de 15% dos idosos, sendo mais freqüente no sexo masculino¹⁶. Essa saburra lingual está intimamente relacionada com a pneumonia aspirativa, ao mau hálito e a não percepção do gosto dos alimentos¹⁷. A remoção dessa saburra mostrou-se bastante efetiva com a utilização dos limpadores linguais, principalmente para indivíduos da terceira idade¹⁸.

Outra entidade comumente encontrada na cavidade bucal dos indivíduos acima de 50 anos são as varicosidades linguais, fato comum dentro do padrão de envelhecimento humano¹⁶. Essas se apresentam como múltiplas bolhas papulares ou elevadas, purpúreo-azuladas na borda ventrolateral da língua. São assintomáticas, exceto em raras ocasiões, quando ocorre trombose secundária¹⁹.

Pajukoski *et al.*²⁰ observaram freqüentes quadros de xerostomia em indivíduos idosos. Kikutani²¹ constatou que a sensação de boca seca pode estar ligada ao uso de drogas anti-hipertensivas e digitálicos.

A Síndrome da Ardência Bucal, doença de origem multifatorial, que afeta principalmente mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos no período da menopausa, é uma entidade clínica caracterizada pela dor e sensação de ardor localizada, principalmente nas bordas laterais da língua, lábios, mucosa e em menor grau no palato e na gengiva^{22,23}. Por se tratar de uma entidade de difícil diagnóstico, é de suma importância que o profissional, ao ter contato com o portador, realize, durante o exame clínico, uma *anamnese* bastante cuidadosa e detalhada, de modo que possa obter o maior número de informações possíveis, para só então instituir o diagnóstico e estabelecer a conduta terapêutica adequada. Além disso, fazer uma avaliação da personalidade do paciente é de fundamental importância para o diagnóstico, visto que a maioria dos casos tem uma origem psicogênica²³.

Fatores locais como alergia a materiais odontológicos²⁴, infecções bacterianas, fungicas e virais²⁵, quadros de xerostomia, fumo, etilismo, refluxo esofágico²⁶, próteses antigas e mal adaptadas²⁶ atuam como agentes irritantes, podendo ser fatores desencadeantes dessa síndrome. Fatores sistêmicos, como a anemia perniciosa²⁷, as

deficiências de vitaminas do complexo B - principalmente B₁ B₂ e B₆²⁵, deficiência de ferro, diabetes²⁸ e o climatério²³, também são agentes etiológicos da síndrome da ardência bucal.

Outras patologias que afetam o paciente idoso são aquelas relacionadas com as próteses totais, uma vez que, 15% da população brasileira é completamente desdentada²⁹. Essas lesões orais, causadas muitas vezes por próteses mal adaptadas e pela falta de orientação ao paciente, afetam de forma adversa o prognóstico final do tratamento.

A literatura nos mostra uma variada gama de lesões da mucosa bucal que podem aparecer em associação ao uso de próteses removíveis, sendo as hiperplasias, as estomatites, as úlceras traumáticas e as candidoses as mais freqüentes³⁰.

A hiperplasia fibrosa inflamatória desenvolve em associação com as bordas de próteses mal adaptadas¹⁹, onde essas exercem pressão excessiva no fundo de fórnix³⁰. Essa lesão apresenta-se como uma única ou múltiplas pregas de tecido conjuntivo hiperplásico, localizada entre o rebordo alveolar e a mucosa labial ou jugal, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, entre 41 e 50 anos de idade³¹.

A hiperplasia papilar inflamatória, que acomete principalmente o palato duro, está relacionada com próteses mal adaptadas, falta de higienização e com a utilização contínua da prótese pelo paciente³⁰. Neville & Damron¹⁹ acreditam que essa lesão possa ser um dos componentes da sensação de queimação, que o indivíduo portador de prótese total sente na boca.

No palato duro, pode ser observado, em alguns casos, um aumento volumétrico fibromucoso de forma variada, globoso ou papilar, indolor, de coloração rosa-pálido ou hiperêmico provocado por câmara de sucção em prótese total, sendo mais freqüente no sexo feminino, entre a quinta e sexta década de vida³¹. A excisão cirúrgica, assim como nas outras hiperplasias, pode ser o tratamento de escolha. A redução mecânica por meio do preenchimento gradativo da câmara de sucção mostra-se também efetiva^{19,31}.

Os traumatismos crônicos, próteses desadaptadas e relações oclusais insatisfatórias, são alguns fatores predisponentes ao aparecimento de estomatites³⁰. A estomatite protética, que se caracteriza por ser uma reação inflamatória dos tecidos bucais que estão em contato com as próteses, é bastante comum em idosos e podem estar associada a quadros de candidose atrófica e queilite angular³². A estomatite induzida pelo uso de dentadura não mostra formação de placa, como nas demais candidoses, mas a proliferação de *C. albicans* na interface entre a mucosa e a prótese total provoca a inflamação da área³³. O profissional deve considerar a possibilidade de que essa reação possa decorrer, também, pelo desenho incorreto da prótese, alergia a base da dentadura, ou a uma polimerização inadequada da resina acrílica¹⁹.

A candidose é uma infecção fúngica que apresenta várias formas clínicas³¹. O agente etiológico, a *Candida albicans*, é um componente normal da microflora bucal, e cerca de 30 a 50% dos indivíduos simplesmente possuem o microorganismo em sua boca, sem evidência clínica de infecção¹⁹. A evidência clínica ou não depende basicamente de três fatores: do estado imunológico do hospedeiro, do meio ambiente da mucosa bucal e da resistência da *C. albicans*¹⁹.

Arendorf & Walker³⁴ citam o uso de próteses como sendo um fator favorecedor da presença e desenvolvimento de várias espécies de *Candida*, cujas colônias se mostram mais intensas nos indivíduos que tem o hábito de dormir com as mesmas. Rossie & Guggenheimer³⁵ relatam ser a candidose uma infecção de múltiplas

manifestações, tendo, dentre outras causas, os longos tratamentos com antibióticos, falta de higienização, imunodeficiência e diabetes.

A candidose apresenta-se clinicamente como uma membrana branca amarelada ou acinzentada, destacável à raspagem, de superfície irregular e brilhante, que recobre áreas extensas em forma de manto ou ainda pequenas áreas circulares ou puntiformes aglomeradas em áreas isoladas³⁶. Quando essas membranas são destacadas, observa-se um leito ulcerado, muitas vezes sangrante. Este é o aspecto clínico clássico conhecido como lesão membranosa aguda. Muitas vezes essas membranas não estão presentes, dificultando dessa forma o diagnóstico. Nesse caso pode-se observar uma úlcera rasa e extensa na qual denominamos candidose atrófica³⁶. Uma das manifestações da candidose atrófica se dá em nível da comissura labial. A presença de *Candida sp* na cavidade oral do paciente contamina a saliva que tende a se alojar nas comissuras labiais, sendo esse quadro mais acentuado em indivíduos idosos devido à perda de dimensão vertical de oclusão que ocorre com o avanço da idade³⁷.

A úlcera da queilite angular pode ter origem, além da infecção pela *Candida sp*, por uma carência vitamínica, principalmente a do complexo B³¹. São úlceras fissurais geralmente bilaterais, de leito hiperêmico, hemorrágico e halo eritematoso, podendo apresentar crosta e descamação¹⁹.

O diagnóstico das candidoses em geral é clínico, podendo-se realizar a citologia esfoliativa para evidencição do fungo³¹. O primeiro passo do tratamento é identificar o fator ou fatores etiológicos, e promover o afastamento e/ou controle desses³⁶. A utilização de antifúngicos tópicos e sistemicamente é um tratamento efetivo³⁶.

Próteses com bordas sobreextendidas e oclusão não balanceada podem também levar ao surgimento de úlceras traumáticas^{30,38}, caracterizadas por um leito eritematoso, dolorido e muitas vezes sangrante³¹. Para o diagnóstico, a citologia esfoliativa fornece informações sobre benignidade da lesão, apesar de, em algumas circunstâncias poder apresentar células semelhantes às neoplásicas, em razão das alterações que ocorrem nas bordas da úlcera, pela proliferação do epitélio³¹.

Outra entidade que pode acometer o paciente idoso é o líquen plano. Caracterizado por uma lesão branca mucocutânea com aspecto de placas localizadas, ou com algumas variações, atinge mais frequentemente a mucosa bucal³⁶. Sua origem é desconhecida, embora tensão nervosa, estado emocional, iatrogenia medicamentosa e diabetes podem atuar como fatores desencadeantes ou predisponentes³⁹. Não existe tratamento específico, mas os corticóides de uso tópico diminuem os sintomas de ardor ou queimação³⁶.

A herpes, apesar de cerca de 90% da população estar infectada pelo vírus que a causa (vírus do herpes simples), apenas 30% dos indivíduos apresentam maior tendência a manifestar a doença, principalmente com o aumento da temperatura ambiental ou orgânica, diminuição da resistência imunológica, estresse físico e emocional, deficiência nutricional, exposição excessiva ao sol, traumatismos físicos, entre outros¹¹. As manifestações clínicas da doença são precedidas por sintomatologia inespecífica, como mal estar, febre, queimação, coceira ou formigamento, acompanhada de eritema. Após esse quadro, vesículas múltiplas que podem coalescer formando bolhas surgem. A semi-mucosa e a região próxima à comissura labial são os locais de maior incidência da lesão, que se rompem formando úlceras cobertas por uma crosta. O tempo de regressão da lesão é em torno de 7 a 15 dias⁴⁰.

A leucoplasia é caracterizada como sendo a lesão branca mais comum, que não se destaca com a raspagem³¹. Deve ser considerada não somente como entidade clínica,

mas pelo seu aspecto clínico e histopatológico⁴¹. Dessa forma, a leucoplasia pode ser classificada em grau I, quando a mancha branca é superficial, bem delimitada, lisa, homogênea e flácida e, apresenta hiperortoceratose e hiperparaceratose em grau leve ao exame histopatológico; como grau II, quando se apresenta elevada da mucosa, coloração branca, opalina ou acinzentada, superfície rugosa e consistente à palpação e apresenta histologicamente hiperceratose acentuada e, como grau III quando a lesão é branca, opalina ou acinzentada, elevada da mucosa, superfície dura e sulcada, puntiforme ou elevada e, histopatologicamente, apresenta papilomatose, além de hiperortoceratose e hiperparaceratose acentuadas³¹. A lesão afeta com maior predisposição homens a partir da quinta década de vida, geralmente única, de evolução lenta e tanto mais pronunciada quanto maior a constância do agente desencadeante, que pode estar relacionado com o arsenicismo crônico, sífilis, hormônios sexuais em excesso, tabaco, álcool, galvanismo bucal, bem como em situações de insuficiência renal crônica, quando surgem placas ceratóticas na mucosa⁴². Segundo Castro³¹, o palato, língua, mucosas jugal e retrocomissural e, semimucosa labial inferior são os locais mais afetados.

As leucoplasias são consideradas lesões cancerizáveis, sendo que as classificadas como grau III são as de maior poder de malignização, principalmente as que apresentam úlceras e fissuras³¹. A remoção cirúrgica com margem de segurança é o tratamento de escolha na maioria dos casos¹⁹.

A queilite actínica é uma alteração difusa e pré-maligna do vermelhão do lábio inferior, resultado da exposição excessiva ou em longo prazo aos raios ultravioleta. Afeta principalmente indivíduos do sexo masculino, de pele clara por volta da quinta década de vida¹⁹. Sua evolução é lenta, sendo que a atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior é a primeira manifestação clínica. À medida que a lesão progride, áreas ásperas e escamosas desenvolvem-se nas porções mais ressecadas do vermelhão. Com esta progressão, ulceração focal crônica pode se desenvolver em um ou mais locais, principalmente nos de trauma brando por causa de cigarro ou cachimbo. Tais ulcerações podem durar por meses ou, frequentemente, sugerir progressão para o carcinoma de células escamosas^{16,33}. Muitas das alterações associadas à queilite actínica são irreversíveis. A utilização de bloqueadores solares e chapéus auxiliam na prevenção dessa degeneração.

O carcinoma de células escamosas, normalmente bem diferenciado, desenvolve-se em 6 a 10% dos casos de queilite actínica. Essa transformação raramente ocorre antes dos 60 anos de vida¹⁹.

O câncer é uma doença sistêmica produzida por reprodução e desenvolvimento celulares anômalos, independentes do controle biológico e que, no seu curso natural, leva à morte³¹. O câncer de boca ocupa o 3º lugar em ocorrência dentre os cânceres humanos e, o mais freqüente, é o carcinoma espinocelular. Este é mais comum na semimucosa labial inferior, no adulto branco do sexo masculino³¹.

A lesão fundamental do carcinoma espiocelular é a úlcera, cuja característica principal é a ausência de halo inflamatório em virtude da não reação do organismo ao agente agressor³¹. O carcinoma espinocelular tem início no tecido epitelial de revestimento a partir de células da camada espinhosa, podendo evoluir em direção ao conjuntivo após romper a camada basal, ou para o exterior, pelo rompimento da superfície epitelial, dando origem à úlcera. Esse câncer, antes do rompimento da camada basal, é denominado carcinoma *in situ*^{19,31}, apresentando-se clinicamente como uma mancha vermelha, branca ou úlcera aparentemente desprovida de uma causa,

mas que não cicatriza espontaneamente ou após terapêutica com colutórios e pomadas³¹.

O câncer bucal diagnosticado no início de sua evolução pode ser curado em grande número de casos; nos casos avançados, extensos ou já disseminados, a chance de cura é praticamente nula³⁶. Os profissionais da saúde devem estar sempre atentos as alterações bucais aparentemente inócuas, que podem passar despercebidas por serem mínimas, para poder detectar o tumor maligno o mais precocemente possível, contribuindo dessa forma na redução da mortalidade por câncer bucal³⁶.

É dever de todo aquele que trata com ser humano e que de alguma forma tenha possibilidade de vê-lo, palpá-lo, senti-lo, enfim, que tenha a oportunidade de examiná-lo, assegurar a sanidade e higidez dos tecidos bucais, procurando alterações mínimas, insignificantes e inócuas aparentemente e tratá-las, a fim de que não se tornem mais um número na estatística dos mortos por câncer de boca.

CONCLUSÃO

- Verificou-se por meio da literatura uma variedade de lesões que acometem a cavidade bucal do idoso, sejam as patologias causadas por próteses mal adaptadas, como as diversas lesões benignas e as cancerizáveis. Nesse contexto, o cirurgião dentista tem papel fundamental na detecção de qualquer anormalidade que o idoso apresenta na cavidade bucal. O diagnóstico precoce possibilita um tratamento mais conservador.

REFERÊNCIAS

1. Rezende MCRA, Bispo ACO. Saúde bucal na terceira idade: egressos do curso de odontologia frente às mudanças nos modelos de atuação pública e privada. *Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent* 2001; 22:1-6.
2. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. *Cad Saúde Publica* 2004; 20:1290-7.
3. Melo NSFO, Seto EPS, Germann ER. Medidas de higiene oral empregadas por pacientes da terceira idade. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2001; 1:42-50.
4. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO global oral health programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:81-92.
5. Rihs LB, Sousa MLR, Wada RS. Prevalência de cárie radicular em adultos e idosos na região sudeste do Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica* 2005; 21:311-16.
6. Silva DD, Sousa de Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Publica* 2005; 21:1251-9.
7. Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatrics* 2005; 41:69-79.
8. Rocha ES, Mattar DDS, Martins CR. Lesões de mucosa bucal em idosos. *Rev CROMG* 2002; 8:134-43.

9. Silva RC, Valsecki-Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* 2000; 8:268-71.
10. Veloso KMM, Costa LJ. Avaliação clínica e orientação terapêutica das manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. Disponível em URL: <http://www.odontologia.com.br>, acesso em 15/04/2006.
11. Brunetti RF, Montenegro FLB. *Odontogeriatrics - notions of clinical interest*. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
12. Moriguchi Y. Aspectos geriátricos no atendimento odontológico. *Odont Mod* 1992; 19:11-3.
13. Varandas ET. Aspectos clínicos e estomatológicos na geriatria. *Rev IPO* 1995; 1:4-8.
14. Quirynen M, Avontroodt P, Soers C, Zhao H, Pauwels M, van Steenberghe D. Impact of tongue cleansers on microbial load and tests. *J Clin Periodontol* 2001; 31:506-10.
15. Strain JC. The influence of complete dentures upon taste perception. *J Prosthet Dent* 1952; 2:60-5.
16. Padilha DMP, Souza MAL. Alterações da mucosa bucal observadas em dois grupos de idosos no Brasil e na Inglaterra. *Rev Odonto Ciência* 1998; 13:175-202.
17. Roldan S, Herrera D, Sanz M. Biofilms and the tongue: therapeutical approaches for the control of halitosis. *Clin Oral Invest* 2003; 7:189-97.
18. Cerri A, Silva CE. Avaliação de métodos mecânicos no controle da halitose relacionado à língua saburrosa. *J Bras Clin Odontol Int* 2002; 6:312-6.
19. Neville BW, Damm DD. *Patologia Oral & Maxilofacial*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
20. Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhn S, Keinänen S, Sulkava R. Salivary flow and composition in elderly patients referred to an acute care geriatric ward. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997;84:265-71.
21. Kikutani T. Investigation of administered drugs and intra oral side effect in elderly dental patients. *Nippon Dent Univ Ann Public* 1995;30:70.
22. Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Personality characteristics of patients with BMS resistant. *Acta Odontol Scand* 1995; 53:7-11.
23. Humphris GM, Longman LP, Field EA. Cognitive – behavioural therapy for idiopathic burning mouth syndrome: a report of two cases. *Br Dent J* 1996;181:204-8.
24. James J, Ferguson NM, Forsyth A. mercury allergy as cause of BMS. *Br Dent J* 1985;159:392.
25. Hugoson A, Thorstensson B. Vitamin B status and response to replacement therapy in patients with BMS. *Acta Odontol Scand* 1991;49:367-75.
26. Main DMG, Basker RM. Patients complaining of the BMS. *Br Dent J* 1983; 154:206-11.
27. Zigarelli DJ. 40 BMS an analysis of 57 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1984; 58:34-8.
28. Lamey PJ, Lewis M. Oral medicine in practice: the medicatly compromised patient. *Br Dent J* 1990;168:389-94.
29. Pinheiro C. Soluções para quem perdeu (todos) os dentes. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2001; 55:73-87.

30. Goiato MC, Castelleoni L, dos Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2005; 5:85-90.
31. Castro AL. *Estomatologia*. 3 ed. São Paulo: Santos Editora, 2002.
32. Budtz-Jorgensen E, Mojon P, Banon-Clément JM, Baehni P. Oral candidosis in long-term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects. *Oral Dis* 1996; 2:285-90.
33. Cawson RA, Binnie WH, Everson JW. *Atlas colorido de efermidades da boca. Correlações clínicas e patológicas*. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
34. Arendorf TM, Walker DM. Oral candidal populations in health and disease. *Br Dent J* 1979; 147: 267-71.
35. Rossie K, Guggenheimer J. Oral candidíasis: clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1997; 9:631-41.
36. Boraks S. *Diagnóstico bucal*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
37. Nevalainem MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal esions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil* 1997; 24:332-7.
38. Gonçalves LPV, Onofre MA, Sposto MR, Scaf G. Estudo clínico das lesões de mucosa provocadas pelo uso de próteses removíveis. *Rev Bras Odontol* 1995;52:9-12.
39. Tommazi AF. *Diagnóstico em patologia bucal*. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1982.
40. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot GR, Regio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1997; 51:573-6.
41. Grinspan D. *Efermedades de la boca*. 1 ed. Buenos Aires: Mundi, 1973.
42. Kellett M. Oral white plaques in Uraemic patients. *Br Dent J* 1983;154:366-8.