

Prótese Total na Terceira Idade

“Como publicado no Capítulo 18 in:

Prótese Total: procedimentos clínicos e laboratoriais.

Cunha, V.P.P.; Marchini, L. Editora Mayo, Curitiba, 2002, p. 235-259.”

Prof. Dr. RUY FONSECA BRUNETTI

Doutor pela Faculdade de Medicina da USP

Professor Emérito da UNESP

Consultor em Odontogeriatrics

Co-autor do livro pioneiro: “Odontogeriatrics: Noções de Interesse Clínico”

Ex- Diretor da EAP, da APCD Central

Criador do Centro de Oclusão e ATM da F.O. São José dos Campos

Prof. Dr. FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO

Mestre e Doutor pela F.O. USP

Especialista em Prótese e Periodontia

Membro do Grupo de Pesquisa em Odontogeriatrics pelo CNPq

Curso de Atualização em Gerontologia pela FMUSP

Co-autor do livro pioneiro, Odontogeriatrics: Noções de Interesse Clínico

Diretor Depto. de Vídeo da APCD

Ex- Presidente Comissão Pró-Recém Formados do CROSP

“Quando um idoso morre, é como se uma biblioteca inteira se incendiasse.”

Antigo provérbio africano.

INTRODUÇÃO

Graças a políticas de melhor saneamento básico, vacinação e antibióticos, medidas preventivas de saúde geral são divulgadas à população, gerando uma maior cobertura da saúde pública. Na Odontologia, ocorre o sucesso (parcial em nosso país e bem claro nos países escandinavos) dos critérios preventivos da cárie e da doença periodontal (por orientações de dieta, ensino de correia escovação e uso expandido de flúor) aplicados desde a década de 60 e que apresentam resultados inquestionáveis. Neste início de século podemos considerar convictamente que vive-se mais anos, com melhor saúde geral e bucal do que nos últimos 500 anos e chega-se à terceira idade com mais dentes remanescentes, fugindo-se assim do edentulismo e suas conseqüências psicológicas, nutricionais, sociais, empregatícias, mastigatórias e semiológicas (quando próteses mal adaptadas permanecem por muitos anos), e até na diminuição da expectativa de vida dos idosos e de sua qualidade de vida.

É evidente que todas estas boas missivas não são aplicáveis a todas as cidades, bairros e zonas rurais brasileiras, já que, opondo-se às condições precárias de vida no agreste nordestino, vale do Jequitinhonha e bairros periféricos das grandes metrópoles, temos Veranópolis e Feliz (RS) e muitos bairros de cidades ricas do Brasil. Nossas autoridades vêm tentando, constantemente, mitigar tais diferenças sociais, mostrando-se imbuídas de real preocupação com as desigualdades, mas, mesmo assim, não parece ser irreal ponderar que as pessoas vivem mais anos, pois a média de vida passou de 51,4 anos em 1960 para 66,5 em 1996. Com relação à saúde bucal, houve redução de cárie de 48% em escolares de São Paulo em 20 anos; nos EUA, passou-se, de 7,4 dentes naturais mantidos aos 65 anos em 1960 para aproximadamente 20 elementos em 2000.

Convém salientar que, para as pessoas idosas, ter em média 20 dentes remanescentes é garantia de melhor saúde geral e maior sobrevida. Isso é observável nos fundamentais estudos de SHIMAZAKI *et al* (2001), no Japão, e de SHEIHAM *et al.* (2001), na Inglaterra, que foram feitos com um número significativo de idosos e envolveram entrevistas, exames clínicos, análise de amostras sanguíneas e de qualidade nutricional, inserindo a Odontologia no contexto da Geriatria Médica de forma inquestionável.

Por tudo aqui exposto vê-se que ter dentes em boa quantidade e que propiciem uma mastigação eficiente garante maior sobrevivência e é exatamente aqui que entra a

importância de termos boas próteses totais agindo, especialmente na terceira idade (ETTINGER, 1997). Elas têm fundamental importância quanto ao auxílio na reintegração social (o chamado resgate da cidadania), necessária para uma velhice saudável, dando uma abrangência social muito maior à Odontologia (e a seus inúmeros clínicos gerais), uma integração com a Medicina e com outros campos da equipe multidisciplinar que atua com idosos hospitalizados ou internados. Isso auxilia na mudança do estereótipo elitista que a sociedade faz da Odontologia e mostra às autoridades a necessidade de incluir nossa profissão no contexto do Programa de Saúde da Família e nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, criando um campo de trabalho promissor para milhares de colegas desesperançosos dos rumos atuais da Odontologia brasileira.

É com estas idéias em mente, especialmente quando vemos a alegria de um idoso em voltar a mastigar adequadamente (além do bem que ele nem mensura para sua saúde geral) e de outros poderem conseguir um emprego em uma sociedade tão competitiva e implacável, é que o convite para escrever este capítulo muito nos dignifica.

Mudanças que levam ao edentulismo

É muito comum na clínica odontogeriatrica encontrarmos pacientes que usam suas próteses totais por muitos anos sem terem jamais retornado a um consultório dentário para controles. Como um desdobramento desta atitude desinformada, acabam por, inicialmente, deixar de usar a prótese inferior, especialmente porque, segundo MONTENEGRO (1989), é a arcada que sofre maior reabsorção óssea com o passar dos anos.

Mesmo antes de abandonar a PT inferior, por força desta desadaptação da base, os contatos oclusais haviam sido alterados e, com as sobrecargas ocorridas, tanto lesões em tecido mole quanto básculas na mastigação, causaram fraturas de bordos ou mesmo de toda a prótese. Normalmente, o paciente julgando-se um técnico, conserta suas próteses (ou as deixa quebradas), sem que as causas de tais fatos tenham sido investigadas pelo profissional habituado a fazê-lo, o Cirurgião-dentista (CD).

Como o conserto foi inadequado ou não foi realizado, ocorre a perda de equilíbrio/confiança mastigatória, culminando no abandono da PT inferior. As conseqüências mais evidentes são a perda da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), o sulcamento da face, possíveis problemas na Articulação Temporomandibular (ATM), a perda gritante da eficiência mastigatória (que obrigará a mudar a consistência dos alimentos e seu valor proteico) e embotamento social (SOUZA & TAMAKI, 1996).

Para muitos autores, e em particular para BRUNETTI & MONTENEGRO (2002), este embotamento social é o início de um processo que irá levá-lo à uma morte antecipada. Ou seja, no pensamento mecanicista que, infelizmente, ainda rege nossa profissão, uma vez feitas as PTs nossa missão está terminada. Não há uma preocupação de seguir o caso (com o intuito de observar como seu trabalho tem funcionado e a correção de possíveis falhas), e falar da necessidade imperiosa de reembasamentos parciais e totais. Além disso, quando o paciente telefona, os incômodos citados são classificados como "o sr. tem que se adaptar", "é assim mesmo", reforçando a credence popular de que "a prótese deve formar um calo", mesmo que o CD não tenha dito com estas mesmas palavras. Nosso crescimento como classe perante a comunidade deve ter este grau de especificidade técnica e não só o de comprar equipamentos *up-to-date* que obrigarão a aumentar preços e elitizar ainda mais sua clientela, já muito escassa atualmente. Faça folhetos impressos ao entregar os trabalhos, para que o paciente tenha como confirmar estas importantes falas do CD no ato de entrega das próteses.

A figura clínica deste "calo" é geralmente uma lesão de mucosa, que além de muito dolorida inicialmente (até cancerizável, se unida a fatores desencadeadores), obriga o paciente a mudar sua dieta e, com o passar do tempo, levará a deixar de usar também a PT superior.

FIGURAS 18.1 e 18.2: Dois exemplos de câmaras de vácuo em próteses totais de idosos.



FIGURA 18.1 mostra um caso mais evoluído clinicamente e para o qual se indicou biópsia, com a caracterização de lesão pré-cancerosa. Um benefício adicional de retenção (em um rebordo tão favorável para suporte) nunca pode suplementar a saúde geral e até a vida dos pacientes

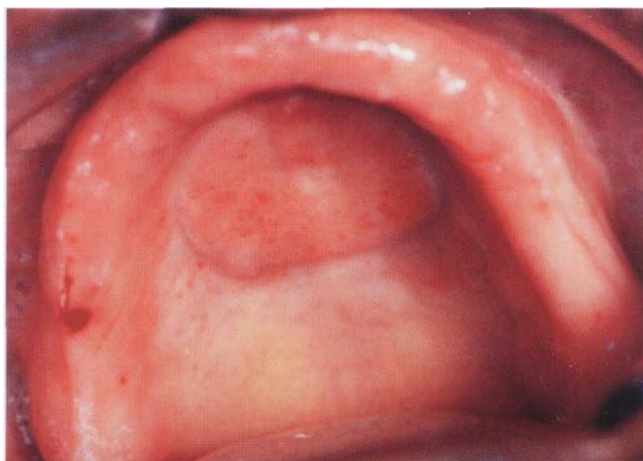


FIGURA 18.2: Felizmente, mostra caso mais simples, que pode ser regredido pelo clínico geral, com preenchimento sequencial desta câmara, até seu desaparecimento completo.

Como o paciente não procurou mais o CD, o processo ocorre sem que nada saibamos e a reabsorção óssea vai crescendo dia-a-dia até que não será possível mais realizar novas PTs, pois não restou área basal de suporte. Pode-se novamente partir para uma dentadura implantosuportada, mas não é possível como pensar nessa hipótese para a achatada classe dos aposentados brasileiros, pois 74,7 % recebe de 1 a 3 salários mínimos por mês. Falar de implantes na classe média-alta e alta-milionária do Brasil é viável, mas em que porcentagem estão no total da população? Pensando neste enorme contingente de pessoas, devemos manter sempre acesa a chama das Próteses Totais, pois nossa possibilidade de atendimento é muito maior do que as reabilitações implanto-suportadas.

E porque a morte antecipada? É um grande erro pensarmos que muitos pacientes vivem sem próteses e estão muito "bem" na Terceira Idade. Além da comprovação científica feita por SHIMAZAKI *et al.* (2001) e SHEIHAM *et al.* (2001), é muito importante ter dentes por questões nutricionais, em particular, para o preparo do bolo alimentar no início do processo digestivo. Muitos idosos têm problemas de trânsito estomacal (esperados na terceira idade) aumentados pela ingestão de fármacos diversos (com seus efeitos colaterais também na boca), mas também complicados por um bolo alimentar que não está corretamente umectado, fraccionado e macerado e que chega a um local já comprometido. Por força do incômodo que sofrerá, acaba por preferir alimentos mais macios, geralmente com muitos carboidratos, mas de valor alimentar crítico. Não comendo produtos saudáveis e consistentes, emagrece e, se ainda usava aquela PT desajustada, acaba por abandoná-la e o círculo vicioso se fecha, obrigando-se a ingerir mais remédios, que também têm vários efeitos colaterais no corpo e também na cavidade bucal, para curar sua condição anêmica. Mais doenças significa mais remédios, ou seja, piora a saúde geral, o que, somado à condição psicológica e social depauperada, com o passar no tempo, leva à morte previsível. Tais pensamentos podem parecer funestos, mas veja o envolvimento das Próteses Totais (ou de sua ausência) no conjunto do processo. Nosso papel neste contexto é dotar os pacientes de uma condição mastigatória adequada para uma melhor qualidade de vida especialmente na terceira idade.



FIGURAS 18.3 e 18.4:

Aproveitando os reais benefícios da Prótese Total bem confeccionada na Terceira Idade. Esta senhora de 69 anos apresentava-se desmotivada socialmente, devido ao rosto sulcado e "murchão", causado pela ausência de próteses(Figura 18.3). Após motivação sobre o trabalho e posterior confecção, vê-se, na Figura v



18.4. *O quão feliz está, tendo voltado imediatamente ao convívio com seus vizinhos e já frequentando bailes da saudade, face ao "remoçamento" conseguido.*

Importância psicológica das próteses totais

Ao ler as páginas anteriores, percebe-se que existe, muito acima dos aspectos funcionais e de expansão da vida, algo que permeia e interage com tudo que foi até aqui comentado (MONTENEGRO *et al.* 1998).

OURIQUE & MONTENEGRO (1998) relatam um caso clínico com uma senhora de 67 anos, recém reabilitada com próteses totais confeccionadas dentro de todos os princípios técnicos conhecidos, ajustada em inúmeros controles posteriores, mas às quais a paciente não se adaptava de forma satisfatória. Em uma das inúmeras sessões de ajustes (ainda sem obter uma boa integração), percebeu-se que o seu filho não lhe falava há algum tempo (por informação dada à secretária) e isto a deprimia muito. Fizemos contato com seu filho, que, confirmando seu distanciamento, mostrou-se interessado em colaborar conosco, ainda que duvidando do caminho que estávamos trilhando. Sem que outros ajustes fossem feitos, uma melhora clínica crescente foi ocorrendo, até que se obteve uma integração completa ao trabalho (pouco intervimos proteticamente nesta fase). A paciente está cada dia mais sorridente e as próteses já não mais incomodavam.

Imagine agora alguém que, depois de ter sido abruptamente aposentado e que não realiza qualquer tarefa durante o dia, não tendo mais colegas para conversar, clientes para convencer/visitar, chefes para prestar contas, vai para nosso consultório realizar um par de novas próteses totais. Seu visual é de uma pessoa "cansada da vida" e de um senso de cooperação mínimo. É neste paciente que vamos intervir? Como esperar que possa, neste estado de espírito, colaborar em um tipo de prótese cuja participação do paciente está acima de qualquer outra, pois não existem suportes reais como os dados pelos elementos dentários? (MONTENEGRO *et al.* 1998).

QUADRO I: *Comparações entre saúde física e bucal de usuários de Prótese Total e outros participantes (média de idade: 76 anos).*

	Usuário de Próteses Total: 106 pessoas		Outros participantes Total: 144 pessoas	
	Sim- número C%	Não - número (%)	Sim-número (%)	Não - número (%)
SAÚDE FÍSICA				
Perda habilidade física	68 (64)	38 (35)	81 (56)	63 (43)
Perda habilidade sensória!	11 (10)	95 (89)	14 (9)	130 (90)
Doenças presentes	32 (30)	74 (69)	35 (24)	109 (75)
Medicações ingeridas	90 (84)	16 (15)	115 (79)	29 (20)
SAÚDE BUCAL				
Boca seca	25 (23)	81 (76)	17(11)	127 (88)
Língua dolorida	4(3)	102 (96)	4(2)	140 (97)
Úlceras doloridas	22 (20)	84 (79)	8(5)	136 (94)
Dor ao comer	74 (69)	32 (30)	67 (46)	77 (53)
Problemas de fala	15 (14)	91 (85)	11 (7)	133 (92)
Próteses desadaptadas/ Dentes com mobilidade	48 (45)	58 (54)	13 (9)	131 (90)

(*) Conforme MCNAUGHER *et al.* Gerontology, v.18, n.1, July 2001.

O Quadro I é um estudo realizado entre usuários de PT (106 indivíduos) e pessoas dentadas e com próteses diversas (144 indivíduos) com idade média de 76 anos, que relatam suas condições de saúde física e bucal tendo ou não PTs instaladas.

E o que dizer daquela pessoa que por não ter dentes (ou não estarem em bom estado) não consegue a posição de trabalho que precisa para dar, ao menos, alimentação à sua família, devido a aposentadorias escorchantes? Receber PTs pode ser um verdadeiro passaporte para sua cidadania, já que trabalhando alimentará sua família e, sua posição dentro do tecido social em que vive, será restaurada.

E aquela senhora idosa que se olha no espelho e vê seu rosto sulcado (na verdade perda de DVO) e pensa que poderia remoçar um pouco para ir ao "baile da saudade", onde terá bons momentos de diversão? Será que a Odontologia não poderia ajudá-la a enfrentar melhor estes anos "dourados"? (SGARIONI, 1999).

Também a morte do cônjuge, um companheiro de 40-50 anos ou mais, segundo TURVEY *et al.* (1999), deprime sempre aquele que permanece vivo e, nesse momento, o papel da família é fundamental, pois muitos dos amigos também já se foram. Será que nos preocupamos com isto em nosso consultório ou em nossa própria família? Não seria o que permitiu a espantosa melhora da senhora do primeiro caso, a parte psicológica do paciente, como SEGER (1992) já salientava com seu pioneiro livro para a Odontologia?

Próteses totais bem adaptadas têm o poder de resgatar a auto-estima dos pacientes e isto pode nos ajudar muito no trabalho clínico. WOLF (1998) já afirmava que o idoso geralmente se sente diminuído em situações como a aposentadoria; a procura por empregos; ao olhar no espelho de forma muito crítica; em caso de luto; ao olhar-se e não possuir mais seus próprios dentes; ao deixar de comer o que gosta porque não pode mais mastigar bem (ou por dietas médicas); ao ir a uma loja ou a um banco e pedir um simples financiamento ou empréstimo e tomar ciência de que tem que dar muito mais garantias do que uma pessoa de meia-idade (NUNES, 2001); ao ter trabalhado uma vida toda e ver que o que ganha atualmente mal garante suas contas essenciais e também ao ver que lutou por seus filhos uma vida toda e que agora que precisa deles, estes estão tendo que batalhar pela vida com vigor e esqueceram de seus pais.

Como se vê, muito mais do que só ser um bom dentista, com pacientes na terceira idade, nossa faceta de psicólogo e de ouvidor precisa estar sempre ativa, pois o ser humano deve ser a razão de nosso atendimento e não só a eficiência técnica usada em outros pacientes.

GALTIESI (2001) propõe sermos dentistas com uma visão antropológica da

profissão, que busca o homem dentro daquela cavidade bucal e não apenas tratar de um conjunto de tecidos moles e duros. Encontrar o dono daquela boca, que muitas vezes leva a encontrar-nos, é um modo bem mais eficiente de fazermos nossas próteses totais serem mais bem aceitas pelos pacientes.

Tudo isto demanda tempo para atender um idoso, muito além do clínico propriamente dito, pois assim estaremos indo ao encontro do ser humano e de uma satisfação pessoal e profissional inigualáveis. Estes momentos de troca de experiências são, segundo BRUNETTI & MONTENEGRO (2002), os mais relevantes em qualquer tratamento odontogerátrico, daí a dificuldade de podermos atendê-los nos preceitos de eficiência dos convênios odontológicos, pois, com os idosos, produtividade não é tudo, mas as tabelas de preços jamais contemplam aspectos psicológicos, imprescindíveis nesses atendimentos.

A comunicação entre o paciente idoso e o profissional é o requisito mais importante no tratamento odontogerátrico consciente. Muito mais que especialistas na área, o que se precisa é de um profissional voltado às pessoas, já que os procedimentos clínicos são praticamente os mesmos da odontologia de outras idades (HOLM-PEDERSEN & LOE, 1996).

E evidente que casos mais complexos psicologicamente devem ser acompanhados por profissional competente e específico e atualmente se comenta sobre a eficiência da psicoterapia breve para auxiliar nosso trabalho, conforme informa LEVY (1998). Alterações psicológicas graves também fazem prever dificuldades sérias no processo de adaptação às PTs, por isso é mister referenciar a psiquiatra/psicólogo/terapeuta previamente ao tratamento.

QUADRO 2: *Comparações entre condição psicológica e social de usuários de Prótese Total e outros participantes (média de idade: 76 anos)*

	Usuário de Próteses Total: 106 pessoas		Outros participantes Total: 144 pessoas	
	Sim - número (%)	Não - número (%)	Sim - número (%)	Não - número (%)
COND. PSICOLÓGICA				
Sente-se deprimido	63 (59)	43 (40)	57 (39)	87 (60)
Sente-se ansioso	43 (40)	63 (59)	24 (16)	120 (83)
Cap. Funcional comprometida	47 (44)	59 (55)	41 (28)	103 (71)
Maior esforço para realizar tarefas rotineiras	49 (46)	57 (53) 44 (30) 100 (69)		
CONDIÇÃO BUCAL				
Poucos contatos sociais	12 (11)	94 (88) 44 (30)		100 (69)
Aparência	11 (10)	95 (89) 44 (30)		100 (69)

* Conforme MCNAUGHER *et al.* Gerontology, v. 18, n. 1, July 2001

O Quadro 2 é uma continuação do estudo anterior (Quadro 1), que agora relaciona aspectos psicológicos percebidos pelos pacientes portadores de PTs (e pelos não portadores) e como interferem em sua condição social, gerando/induzindo afastamento do convívio com as pessoas.

Doenças sistêmicas e as próteses totais

Como cerca de 10% dos idosos tem diabetes e essa doença causa, quando não compensada adequadamente, aumento no volume hídrico dos tecidos moles que dão suporte às PTs, sugere-se um exame de glicemia atual do paciente, antes dos procedimentos clínicos. Reforçar e incentivar a importância de controle do nível pelo paciente, ajuda nosso trabalho e adaptação às Próteses Totais. Lembre-se que, não mastigando bem, ele ingerirá alimentos inadequados ao seu controle glicêmico, prejudicando o desempenho de nossas próteses, além dos riscos implicados para a sua saúde geral. O contato com o médico do paciente é imprescindível. Moldar o paciente com tais alterações teciduais (fase

descompensada), pode produzir uma prótese mal adaptada quando estiver estável no controle da diabetes. Pacientes permanentemente instáveis devem ser vistos com reservas para a confecção de novas próteses, devendo ser usados reembasadores macios até que se possa partir para uma confecção definitiva. Maior propensão à candidíase e xerostomia podem estar presentes.

Pacientes que sofreram Acidente vascular cerebral (AVC) durante a fase de adaptação das suas próteses totais pela paralisia da musculatura na hemi-face atingida podem obrigar a novo ensino de como mastigar com as próteses. Também esta paralisia pode atingir as glândulas salivares, diminuindo o fluxo salivar e comprometendo a retenção das PTs. Medidas paliativas devem ser tomadas, pois o quadro pode reverter com o passar dos meses. Nas próteses inferiores, uma língua com movimentação alterada pode comprometer

inicialmente o uso da prótese inferior, indicando seu uso só para a alimentação, se possível for. O descontrole muscular pode gerar contatos oclusais inadequados e formação de lesões na fibromucosa. Também novas instruções sobre higiene bucal e das próteses devem ser fornecidas, inclusive com dispositivos de limpeza com empunhadura maior.

Problemas cardíacos diversos podem interferir se tivermos de regularizar tecidos moles/duros antes de realizar novas próteses. Acompanhamento médico próximo, anestésicos sem vaso constritor e em pouca quantidade são medidas salutares. Ponderar os riscos de endocardite bacteriana para a realização de tais procedimentos junto com o cardiologista se faz mister, além de não se esquecer de que pressão arterial oscilante pode ter ligação com descontrole da diabetes e esta, com problemas periodontais, se ainda existirem dentes remanescentes.

Pacientes que sofreram terapias para câncer geralmente possuem xerostomia em nível maior ou menor, além de problemas de falta de altura/ retenção do rebordo se a região atingida era na cavidade bucal. Uma maior facilidade para candidíase pode ocorrer e se deve estar em íntimo contato com a equipe médica que o atendeu, especialmente com o CD responsável por Medicina Bucal, que lhe informará o protocolo de cuidados que o paciente deveria estar seguindo. O ajuste oclusal deve ser o mais adequado possível para não criar lesões na fibromucosa, que podem ser de difícil cicatrização posterior. O mesmo raciocínio se aplica para a extensão dos bordos das próteses.

A correlação entre osteoporose e as arcadas dentárias não está completamente elucidada, mas devem ser reforçados os controles com os médicos do paciente para manter esta hipótese afastada. É necessário evitar que restos de alimentos permaneçam sob as bases, bem como contatos prematuros aliviados. As próteses devem estar bem adaptadas para diminuir a possibilidade de reabsorção óssea dos rebordos por motivos odontológicos, que podem somar ou potencializar aos sistêmicos advindos da osteoporose, mais freqüente nas mulheres, especialmente após a menopausa.

A Doença de Alzheimer e o Mal de Parkinson possuem diversos graus de envolvimento, mas podem causar um descontrole motor com evidentes implicações em manter as próteses estáveis na cavidade bucal. A instabilidade gera problemas oclusais e lesões na fibromucosa. Tais doenças também envolvem a capacidade cognitiva para usar as próteses (Alzheimer) e a manual para limpeza das mesmas e dos rebordos (Parkinson). O treinamento do pessoal auxiliar se faz fundamental.

Diversos estágios clínicos de neuroses, psicoses e demências podem contraindicar a confecção e uso de novas próteses totais em idosos. Optar por fazer ajustes nas atuais pode ser uma medida clínica aconselhável para diversas situações de instabilidade mental permanente.

A artrite per se não contra-indica próteses totais nos idosos, mas seus medicamentos constantes podem diminuir o fluxo salivar e facilitar lesões sob as bases. Diálogo constante com médicos é necessário. Pode comprometer a limpeza das próteses e rebordos, devendo o pessoal auxiliar ser treinado nos casos mais graves. A osteoartrose na ATM, apesar de pouco frequente, pode ocorrer na terceira idade, dificultando a abertura da boca. Optar por ajuste nas próteses antigas ou moldagem, usando a própria prótese atual, podem ser opções viáveis.

Influência clínica dos efeitos bucais dos fármacos

Quando o paciente é mais jovem, normalmente não ingere ou faz pouco uso de fármacos, que sempre possuem efeitos colaterais por todo o organismo, mas o mais crítico é que a maioria deles, para os idosos, causam problemas na cavidade bucal (MONTENEGRO & PEREIRA (2002).

Os autores citados acima estudaram cerca de 440 substâncias farmacológicas, de uso comum na terceira idade e destas puderam observar os seguintes efeitos colaterais com implicações na cavidade bucal: cicatrização retardada; xerostomia; estomatites, ulcerações e aftas; zumbido na região auricular; alterações do paladar/olfato; alteração na garganta, incômodo na deglutição e aumento do reflexo faríngeo; candidíase, líquem plano e outras lesões em tecidos moles; alteração do volume da língua e queimação sublingual; movimentos involuntários da face e musculatura peribucal.

A cicatrização retardada, presente em 57,04% dos fármacos, pode comprometer o preparo de boca para PT, relativo à remoção de elementos dentários, hiperplasias, aprofundamento/regularização de rebordos, correção cirúrgica de câmaras de vácuo e outros procedimentos que necessitem de intervenções cirúrgicas. Deve-se considerar que, nos pacientes tratados de câncer, outros medicamentos indicados para doenças comuns da terceira idade podem ser potencializados neste efeito colateral. Sobre as porcentagens citadas daqui por diante, convém esclarecer que um mesmo fármaco pode ter mais de um efeito na cavidade bucal, por isto este dado é um valor relativo.

A xerostomia, talvez seja o problema bucal mais significativo para a confecção e uso das próteses totais, já que sem a película de saliva (ou estando muito diminuída), é extremamente difícil manter a prótese em posição. Cerca de 36,6 % dos medicamentos estudados podem causar alterações no fluxo salivar. Além de perda de retenção, maior chance de lesões nos tecidos moles podem ocorrer, mesmo com próteses bem adaptadas. Nas PTs que apresentam quebras de bordos, perda de polimento, desajustes de bases e contatos prematuros, estas lesões são ainda mais freqüentes e podem propiciar o aparecimento de estomatites por próteses, com grande incidência entre idosos (pela maior proliferação bacteriana, já que a ação antibacteriana da saliva diminui ou desaparece), como se vê no Quadro 3 abaixo. O uso de substitutos salivares artificiais, ainda conforme esses autores, deve ser a última opção a ser escolhida, devendo darmos prioridade, no diálogo com os médicos, pela troca de medicamentos, buscando aqueles que levem a níveis menores de xerostomia, que também resseca lábios, nariz e garganta, dificultando a formação e umectação do bolo alimentar.

Há 87 substâncias farmacológicas (19,77 %) que podem levar à formação de Estomatites, ulcerações e aftas, que, somadas à xerostomia, estados anêmicos e deficiências nutricionais, podem tornar muito difícil a adaptação imediata a novas próteses, por isso devemos passar pelos reembasamentos e consertos antes de confeccionar novos trabalhos. Durante o prazo gasto para estes acertos, junto com os médicos, buscamos um meio de melhorar a resposta orgânica e mudar os fármacos indicados.

QUADRO 3 - Prevalência de estomatites por prótese entre idosos*

Trabalho	Pais	Numero de pacientes examinados	Porcentagem de envolvidos
SWALLOW & ADAMS (1967)	Inglaterra	171	40
MARKEN & HEDEGARD	Suécia	168	54
BUDTZ-JORGENSEN (1972)	Dinamarca	303	67
MAKILA (1974)	Finlândia	106	63
BUDTZ-JORGENSEN <i>et ai.</i> (1975)	Dinamarca	463	65
AXELL (1976)	Suécia	2277	36
MIKKONEN <i>et ai</i> (1984)	Finlândia	3875	50
PINDBORG <i>et ai</i> (1985)	Dinamarca	478	42
VIGILD (1987)	Dinamarca	413	35
CUMMING <i>et ai.</i> (1990)	Brasil	65	48

* de BUDTZ-JORGENSEN (1999); HOLM-PEDERSEN & LOE (1996).

O Quadro 3 também pela ocorrência de xerostomia, deficiências nutricionais e fármacos, esta compilação deixa patente a alta incidência de estomatite sob próteses, que seria ainda maior em pacientes internados em casas de repouso ou hospitais, como relatado nestes trabalhos.

Zumbido na região auricular pode ocorrer com 14,32% das medicações e é um ponto que pode confundir o clínico geral, pois problemas de ATM também podem induzir esta sintomatologia, obrigando a incluir a análise dos fármacos ingeridos no diagnóstico diferencial.

As alterações no paladar/olfato levam o paciente a colocar mais condimentos, inclusive o sal (pensando nos hipertensos, em problemas renais, de fígado e de formação de trombos), e são causadas não só pela xerostomia como por 13,41% dos fármacos estudados. Um bom trabalho com resina acrílica, um menor volume nos bordos e na acrilização cuidadosa, também auxilia em uma melhor adaptação do paciente aos trabalhos realizados. Um estudo das drogas com os médicos pode ser de grande valia clínica e para a qualidade de vida dos pacientes.

Alteração na garganta, incômodo na deglutição e aumento do reflexo faríngeo estão implicados com menor umectação do bolo alimentar pela saliva, bem como por drogas que causam diretamente estes efeitos colaterais (12,5%). Se não tratados acabam por levar à mudança da dieta do paciente com evidentes implicações sistêmicas. O aumento em área da possibilidade do reflexo faríngeo pode dificultar bastante nossas atividades de moldagem e muitas vezes é confundido com um paciente que restringe nossa atividade profissional por supostos problemas psicológicos.

Candidíase, líquen plano e outras lesões em tecidos moles normalmente são oriundas de queda de resistência e/ou proliferação bacteriana e /ou xerostomia e cerca de 9,32% das drogas podem induzir sua ocorrência, por isso a importância dos conhecimentos semiológicos diferenciais dos profissionais. Também auxiliam no círculo vicioso de uma mudança alimentar, o poder nutricional da nova dieta e a conseqüente queda da resistência orgânica. A mucosite geralmente acompanha procedimentos de oncologia e deve-se ver com a equipe médica qual o protocolo indicado naquela ocasião e se está sendo seguido pelo paciente atualmente. Até o desaparecimento das lesões/problemas não devemos intervir com procedimentos clínicos, salvo consertos em áreas que estejam irritando os tecidos moles.

Alteração do volume língua/queimação sublingual com o passar dos anos, há um aumento do volume da língua, que se torna significativo na terceira idade e ainda 9,09% das drogas (40 substâncias) podem induzi-lo, bem como à queimação sublingual, muitas vezes creditada à sobreextensão dos bordos, excesso de monômero residual ou mesmo um envolvimento psicológico da paciente. Uma análise dos fármacos ingeridos pode ser de grande aplicação clínica, já que um volume excessivo da língua pode dificultar moldagens e mesmo a adaptação às próteses totais inferiores.

Os movimentos involuntários da face/musculatura peribucal muitas vezes são classificados como "tiques nervosos", de cunho psiquiátrico. Cerca de 27 drogas (6,14%), podem causá-los e, nos casos mais acentuados, prejudicam nosso trabalho clínico e a estabilidade das próteses em função. Muito mais que só encamparmos como uma característica da pessoa, devemos procurar buscar, nos fármacos ingeridos, possíveis causas das características apresentadas.

Observação: Para conhecimento das substâncias farmacológicas que podem causar tais efeitos colaterais, sugerimos a leitura do Capítulo/Anexo C do livro de Odontogeriatrics de Brunetti & Montenegro. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p.443-464.

Considerações clínicas sobre prótese total na terceira idade

1. Diálogo com o paciente/familiares/cuidadores

O entrosamento com todos os envolvidos no tratamento do idoso é fundamental para o sucesso do caso, como já falado anteriormente. Deixe-os falar e anote tudo que for comentado, pois dados valiosos serão obtidos, especialmente com relação às crencas odontológicas do paciente, dos familiares, suas condições gerais de saúde, nomes/telefones dos médicos/equipe multidisciplinar, fármacos ingeridos (além dos constantes da ficha de identificação/anamnese). Faça uma conversa descontraída, mas com objetivos profissionais claros. O mesmo vale para pacientes em atendimento domiciliar ou em casa de repouso/hospitais (HOLM-PEDERSEN & LOE, 1996).

2. Diálogo com médicos do paciente

Como tudo mostrado até aqui, é um ponto nevrálgico do atendimento consciente na terceira idade, especialmente no conhecimento maior do paciente e no diálogo franco sobre fármacos e seus efeitos colaterais na cavidade bucal. É o início de uma parceria com benefícios para todos, médicos, pacientes e Cirurgiões-dentistas.

3. Horário de atendimento/duração consultas/planejamento de trabalho/

posição de trabalho

As doenças cardíacas são as líderes mundiais em óbitos e para elas se recomenda o atendimento pela manhã, o que coaduna com a maior disposição física dos idosos, mas isto dependerá da condição atual de cada paciente. As consultas devem ser, idealmente, por volta de 30-40 minutos, com a liberdade de ir à *toilette* se ultrapassar este tempo. Não se deve invadir os horários de refeição dos diabéticos pelo perigo de hipoglicemia. Para lograr tais objetivos, um planejamento prévio do trabalho a ser realizado deve ser feito, visando agilizar o atendimento clínico para não cansar os pacientes, já normalmente impacientes nesta faixa etária e cumprir a "meta" de 30/ 40 minutos. A posição ergonômica de trabalho, que é ideal para nós, não é costumeira para os mais idosos, bem como, associada à diversos fármacos ingeridos, podem causar uma hipotensão postural e medicamentosa. Também se sabe que procedimentos clínicos como moldagens, verificação de planos de orientação (em relação ao solo) e obtenção de registros maxilomandibulares confiáveis necessitam de espaldar das cadeiras entre 45 e 60 graus de inclinação, independente da idade do paciente. Este desconforto para a coluna do CD, pode ser compensado se não marcarmos dois idosos em seguida, havendo um tempo para sua recuperação física².

4. Análise crítica dos defeitos das próteses atuais

Devem ser analisados os seguintes defeitos nas próteses: bordos quebrados ou irregulares sub ou sobre estendidos, dentes desgastados, câmara de vácuo, curva de *spee* invertida, trincas/consertos existentes, grau de adaptação ao rebordo, dentes que travam movimentos da mandíbula, relacionamento com arco antagônico, perda de eficiência mastigatória, polimento inadequado, estética alterada, problemas articulares, diminuição na DVO, etc. Todos esses pontos devem ser anotados e discutidos com o paciente antes de iniciarmos nossas atividades.

5. Conserto gradual dos defeitos apresentados

Diversos autores específicos, como (DRUMMOND *et al.* 1995; BUDTZ-JORGENSEN, 1999; BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002), alertam para agirmos com cautela nas PTs com idosos. Quanto mais idade ele tem, mais se apegou à prótese atual e por isso mudanças bruscas para o padrão necessário devem ser lentamente assimiladas pelo paciente. A recomendação destes autores é ir semanal ou quinzenalmente incrementando as áreas envolvidas até que no caso dos bordos ou dimensão vertical (por exemplo, apenas) se obtenha a altura/extensão desejadas. Assim o paciente vai se acomodando gradualmente às mudanças, o que tornará nosso trabalho de adaptação às novas próteses mais facilitado. Quanto mais precisos forem estes ajustes, poderemos usar a prótese antiga como moldagem preliminar, vazando o gesso diretamente sobre a resina (com o isolamento das retenções e dos dentes artificiais), (Figura 10) e poupando nosso paciente ainda mais clinicamente. Este ajuste gradual dos defeitos também ajuda no conhecimento e posterior domínio psicológico do paciente para que possamos cumprir suas aspirações (possíveis tecnicamente) e dirimir dúvidas com relação ao tratamento. Nesses consertos são usados reembasadores macios ou duros, à base de polivinilsiloxano ou de metilmetacrilato, de acordo com a análise do profissional. Condicionadores de tecido poderão ser usados nos casos em que se procura corrigir irregularidades/irritações teciduais previamente à construção de novas próteses. Esses produtos facilitam o acúmulo de placa bacteriana por sua porosidade, por isso cuidados com higiene oral, devem ser reforçados (EDUARDO & MACHADO, 2000).

6. Busca de técnicas mais eficientes

Faz-se necessário buscar técnicas eficientes para a confecção de próteses totais, como as atualmente mostradas nos cursos gratuitos de Passaporte para a Cidadania, normalmente realizados em distritais/regionais da APCD, sob a tutela técnica do Grupo de Reciclagem em Prótese Dentária. Tais cursos procuram mostrar uma confecção mais rápida de próteses totais, junto a técnicos de laboratório motivados, e a vontade social de servir e reintegrar seu semelhante à sociedade. Por mais que se pense que tudo está "parado" em PT, freqüente cursos, porque sempre algo novo pode lhe ajudar para

conseguir atender seu paciente idoso mais rapidamente, sem perda da precisão necessária.

7. Moldagens

Como explicado no item 5, próteses antigas devidamente consertadas podem suplantiar a fase de moldagem anatômica, poupando clinicamente o paciente idoso. Faz-se a moldeira individual e parte-se para a moldagem funcional (lembre-se da posição do espaldar cadeira). Face à xerostomia, geralmente presente (MARCHINI *et al.*, 2001), as pastas zincoeugenólicas devem ser substituídas por elastômeros, mas de fluidez média ou regular para não haver excessivo escorrimento do material, incomodando o paciente. Movimentos funcionais devem ser realizados como esperado e, se o paciente não puder realizá-los adequadamente, o profissional deve intervir. Técnicas de moldagem por boca fechada, como relatadas por TURANO & TURANO (1998) e WOSTMAN & SCHULZ (1991) podem ser utilizadas sempre ponderando sobre o tipo de material em função de sua fluidez. Em pacientes com problemas mentais avançados, optar por consertos graduais, pode ser mais aconselhável que procurar fazer novas próteses, especialmente quando se pensa em moldagens.

8. Prova roletes/relações maxilomandibulares

Buscando um menor tempo clínico, pode-se procurar montar os roletes (com a ajuda de um paquímetro) com espessura semelhante à encontrada na prótese antiga consertada, que acabará por criar uma curva pósterio-anterior para início das provas com o paciente. Apenas um acréscimo de 1 à 1,5mm em altura é feito, para poder auxiliar nos ajustes em boca. Seguindo da forma habitual, confere-se altura, curvatura e contornos na boca, com destaque para o realce da bossa canina e fundo de saco na região anterior das PTs superiores, para se conseguir o desaparecimento parcial ou total de sulcos faciais, remoçando o paciente. Após marcar as três linhas básicas para escolha dos dentes artificiais nos roletes, analise se as dimensões conseguidas são compatíveis com os dentes que a paciente deseja ou que coaduna com fotos antigas dadas, como mostra do que desejaria como dentes em suas próteses, e os casos divergentes devem ser prontamente esclarecidos. O uso de arco facial permite uma correia posição para montagem em articulador e deve ser mantido para que o trabalho laboratorial seja bem sucedido.

9. Cor dos dentes artificiais

Geralmente, com o passar dos anos, os dentes naturais escurecem e na terceira idade isto fica bem patente (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002), mas o paciente idoso sempre quer, com as novas próteses, resgatar a "brancura" dos dentes que tinha na juventude e isto pode não coadunar com sua cor de pele atual. Um diálogo franco com ele e seus familiares, somado às fotos antigas, pode resolver impasses deste tipo na prática clínica.

10. Montagem dos dentes

Tecnicamente segue os passos conhecidos, mas deve-se dar preferência a dentes com cúspides mais baixas (e sulcos menos pronunciados), já que um certo aplainamento na face oclusal ocorre com o tempo. Se ainda se mantiveram dentes no arco antagônico, seguir as características de mesa oclusal deles, individualizando os dentes pré-fabricados para a particularidade de nosso caso. Não esquecer que esta mudança na oclusal também ocorreu na cavidade glenóide do idoso (HEARTWELL & RAHN, 1990). A função em grupo, com contatos bilaterais simultâneos, deve ser o critério de relacionamento oclusal ideal para os dentes artificiais, dando a importante estabilidade oclusal das próteses, que permitirá o seu equilíbrio em função de seu uso constante, conforto e confiança ao mastigar, e antevendo uma melhor saúde geral, já que poderá ingerir bons nutrientes.

11. Provas na boca

Seguem os padrões mostrados neste livro, mas a participação do paciente e de acompanhantes é vital. Cor, forma, disposição, vontade de caracterizações devem ser analisadas neste momento clínico. É necessário procurar levar as próteses em prova já com os bordos na espessura/extensão que terão após o enceramento pré-inclusão, para que

o ato clínico tenha maior semelhança com as próteses acrilizadas, tomando mais eficientes as próximas sessões clínicas.

12. Enceramento, identificação e acrilização

Procure não dar volume ou extensão excessivos no enceramento para facilitar o ato de entrega das próteses, especialmente se for feita em atendimento domiciliar ou hospitalar/institucional. Para pacientes que estão em convívio com muitos idosos (casas de repouso, por exemplo), identificar as próteses com as iniciais do paciente pode tornar bem mais facilitado o trabalho dos cuidadores/enfermagem nos *toilettes* comunitários desses locais. Geralmente se coloca as letras no palato ou no bordo lingual das PTs inferiores. Seguindo a ideia deste livro e a de SOUZA (2002), nos casos de PTs duplas, acrilizá-las em oclusão, com o uso de mufla HH, pode ser uma boa medida, pois evitaria as constantes alterações oclusais pós-prensagem/acrilização que se observa em Prótese Total e é de grande aplicação clínica (diminuindo o tempo de cadeira) em Odontogeriatrics. Imagine como conseguir um bom ajuste oclusal em paciente internado que teve AVC e não consegue movimentar/orientar corretamente nosso trabalho. Para isso todos os recursos que podem nos dar maior confiabilidade laboratorial devem ser empregados.

13. Remontagem

Como exposto no item anterior, a mufla HH, pode nos ajudar muito na entrega da prótese. Mas se mesmo assim estiver difícil de conseguir um bom ajuste oclusal, segundo ZWETCHKEMBAUM & SHAY (1997) e BUDTZ-JORGENSEN (1999), deve-se partir para a remontagem do caso, para que no laboratório possamos conseguir um correio balanceio oclusal em todas as movimentações mandibulares, requisito fundamental para que o Sistema Estomatognático do paciente se integre às novas próteses.

14. Próteses reserva

Em pacientes com problemas de memória/psiquiátricos/habilidade manual para limpeza ou em caso de cuidadores/enfermagem que tem grande rotatividade de pessoal, muitos autores recomendam a confecção de um par extra de próteses, para que, em caso de queda, quebra ou perda, possamos prontamente restabelecer a condição mastigatória dos pacientes, já que o prazo (e o incomodo funcional/nutricional) de iniciarmos novas próteses poderia ser crítico no ponto de vista de saúde sistêmica do paciente. A duplicação é feita da maneira tradicional encontrável nos livros-texto de Prótese Total.

15. Higienização das próteses, arcadas, língua e tecidos moles

Os autores deste livro dominam como poucos os critérios de higienização das PTs, mesmo em idosos, e por isto valeria a pena ler o capítulo correspondente neste momento e/ou MARCHINI *et al.* (2000).

Apenas queremos acrescentar o reforço de ensino dos familiares/cuidadores/enfermagem (de todos os turnos) sobre a importância da limpeza dos rebordos para a diminuição da reabsorção óssea sob as bases de PTs e selas de prótese parcial removível, conforme salientou MONTENEGRO (1989), com escova macia, escova, pasta/colutório com clorhexidina, e sugador (pacientes internados) ou gaze com clorhexidina (em UTIs/hospitais). A higiene constante da língua, com algum dos diversos tipos de limpadores existentes no comércio brasileiro (BRUNETTI & MONTENEGRO, 2002), é uma medida válida para primeiramente limpar as papilas gustativas recobertas por restos celulares e alimentares, que impedem uma percepção gustativa adequada e que obrigaria os pacientes a maior quantidade de sal/condimentos, com suas conseqüências sistêmicas. Tal higiene também visa a que colonizações bacterianas, que formam a saburra da língua, em volume anormal adentrem ao trato digestivo e à corrente sanguínea, podendo chegar ao pulmão e coração, gerando complicações orgânicas indesejadas, especialmente no paciente idoso debilitado. Lembre-se que nesta faixa etária o fluxo salivar geralmente está diminuído, o que poderia gerar o início de halitose e maior número de cálculos nas próteses. Segundo BARNES & WALLS (1994), instruções escritas personalizadas, com tudo o que foi dito no ato de entrega, é uma medida muito válida para pacientes idosos.

16. Controles posteriores, reembasamentos

Estabelecer um programa geral de controles periódicos que abarque todas as possibilidades clínicas, especialmente lidando com a heterogeneidade dos idosos (MONTENEGRO & BRUNETTI, 1999), é uma medida praticamente impossível. Sobre isso sugerimos a leitura do Capítulo 18 do livro de BRUNETTI & MONTENEGRO, Odontogeriatrics, Ed.Artes Médicas, 2002. Qualquer projeto de controles periódicos deve ser instituído na base de caso a caso, onde a checagem de tecidos moles, adaptação, oclusão, higiene da cavidade oral deve fazer parte integral das atividades clínicas. Face à reabsorção óssea, mesmo que tome todos os cuidados até aqui propostos, reembasamentos parciais ou totais poderão ser necessários, usando inicialmente os reembasadores macios (ou duros) que aplicamos nos consertos graduais das próteses e que foram propostos anteriormente (item 5). A posterior acrilização desses acertos vai depender do senso clínico do profissional para cada paciente.

As **Figuras 18.5 a 18.13** mostram um caso de aproveitamento de prótese total antiga, com troca da base e com extensão adequada dos bordos, em paciente de 72 anos.



FIGURA 18.5: Mostra a situação inicial, onde se nota que os bordos não se adentram no sulco gengivo-geniano como seria necessário. Também a prótese basculava em função por grande desadaptação em relação ao rebordo. Os dentes artificiais, por outro lado, ainda tinham condições de serem reaproveitados. Face aos custos de confecção de uma nova prótese e de tempo clínico necessário, optou-se por um reembasamento total da PT, dando uma correia extensão aos bordos.

FIGURA.18.6: Mostra o preenchimento da região próxima ao palato mole, que não havia sido incluída na prótese antiga e que muito ajuda no suporte.





FIGURA. 18.7: Mostram o novo volume da altura dos bordos necessário e que também ajudou a recuperar a região dos sulcos faciais para remoçar o paciente.



FIGURA 18.8: Na boca nota-se a quantidade de material que foi anexado para cumprir este objetivo, sendo que as inserções de lábio e musculares serão desgastadas nas provas clínicas finais.

FIGURA 18.9: Mostra o molde terminado, resultado de uma moldagem com silicona leve para dar adequado suporte à base da prótese.

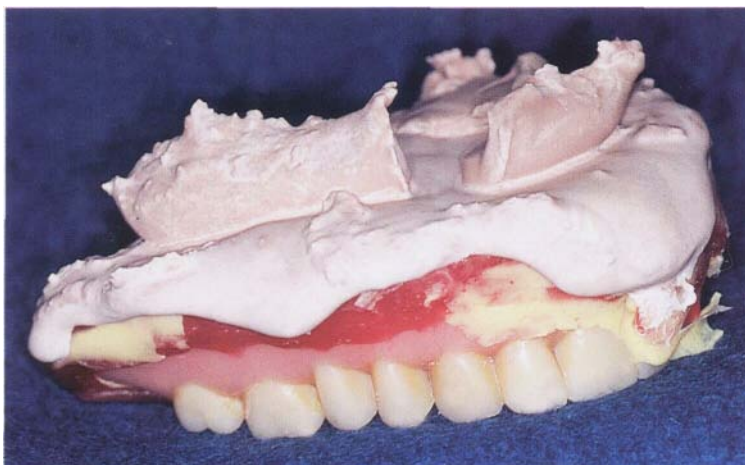
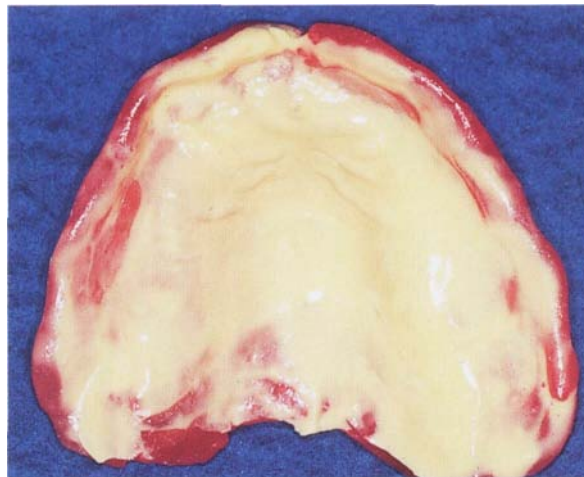


FIGURA 18.10: O vazamento com gesso especial, e a posterior inclusão em mufla e acrilização permitiu o resultado visto nas Figuras 18.11 e 18.12, com a corveta extensão dos bordos e as vistas laterais da nova base da prótese.

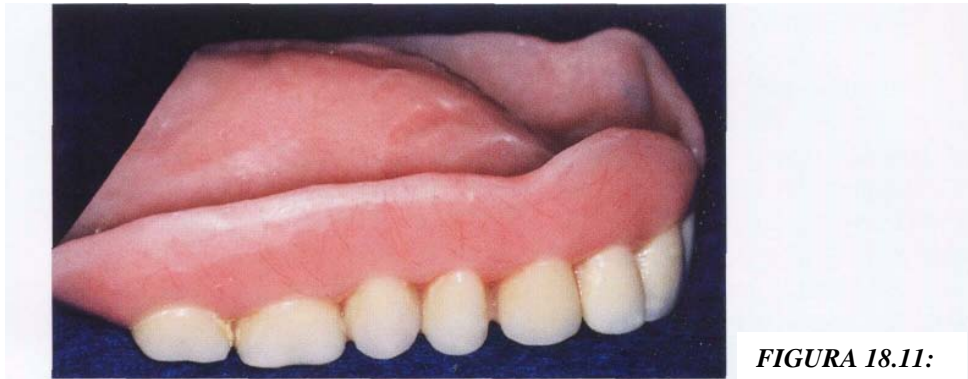


FIGURA 18.13: Mostra o caso terminado, com a prótese em posição ocluída, que, após as sessões de ajuste, permitiram uma completa integração e satisfação para o paciente e evitou que a prótese antiga gerasse, inevitavelmente, extensas lesões nos tecidos moles. Este trabalho não gastou mais de dois dias, entre a consulta inicial e a entrega, e mais três retornos rápidos para ajustes nas semanas subsequentes. Hoje cuidamos de seus dentes inferiores, e seu reconhecimento pela melhora na eficiência mastigatória se fez traduzir pelo ganho de três quilos em dois meses, fruto do melhora dos incômodos digestivos que costumeiramente apresentava. Melhoraram estética, função, auto-estima, nutrição e saúde geral: nobres objetivos que pudemos conseguir para nosso paciente, mostrando o papel do Cirurgião-dentista nos casos de terceira idade.

Considerações finais

Por tudo que tentamos mostrar nesta rápida análise das Próteses Totais na terceira idade, pode-se ver que muitos aspectos devem ser levados em consideração ao atendermos esta faixa etária.

Também cremos que a leitura de cuidados que devemos ter com idosos se aplicam ou relembram critérios que devíamos ter para as faixas etárias mais jovens, quando, infelizmente, necessitem receber próteses totais.

No entanto, muito mais que apenas passos técnicos otimizados, deve-se ter em mente o ser humano, muitas vezes bastante fragilizado e carente de atenções, que recebemos em nossos

consultórios.

É para esta pessoa que devemos envidar todos os nossos esforços em prol de sua saúde geral e de sua reintegração social completa.

Onde ler mais:

BARNES, I.E.; WALLS, A. **Gerodontology**. London: Wright, 1994. 212p.

BRUNETTI, R.F. *et al.* Interações entre a Medicina e a Odontologia — parte I. **Atual Geriat**, v.3, n.19, p.27-32, nov.1998.

BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

BUDTZ-JORGENSEN, E. **Prosthodontics for the elderly**. Chicago: Quintessence, 1999. 266 p.

CHRISTENSEN, G.J. O futuro da prótese na prática clínica. **J Am Dent Assoc**, Brasil, v.3, n.4, p.189-190, jul./ago. 2000.

DRUMMOND, J.R. *et ai.* **Dental care of the elderly**. London: Mosby-wolfe, 1995. 224p.

EDUARDO, J.V.P.; MACHADO, M.S.S. Aumento da durabilidade dos condicionadores de tecido. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.54, n.4, p.289-293, jul./ago. 2000.

ETTINGER, R. Considerações geriátricas em prótese dentária *In*: OWALL; KAYSER; CARLSSON, G.E. **Prótese dentária: princípios e condutas estratégicas**. Tradução: Fernando Luiz Brunetti Montenegro. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.81-95.

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

HEARTWELL JR., C.M.; RAHN, A.O. **Syllabus em prótese total**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1990. 523p.

HOLM-PEDERSEN, P.; LOE, H. **Textbook of geriatric dentistry**. 2.ed. Copenhagen: Munksgaard, 1996. 584p.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Projeções preliminares 1980-2020**. Março 1995.

LEVY, A. **Psicoterapia breve na geriatria**. Mensagem recebida por: <deialevy@sti.com.br> em 15 out. 1998.

MARCHINI, L. *et ai.* Próteses totais: orientações e cuidados posteriores. **Rev EAP/APCD**, v. 1, n.2, p.14-18, jan./jun.2000.

MARCHINI, L. *et ai.* Prótese dentária na terceira idade. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.55, n.2, p.83-87, mar./abr. 2001.

McNAUGHER, G.A.; BENINGTON, I.C.; FREEMAN, R. Assessing expressed need and satisfaction in complete denture wearers. **Gerodontol**, v.18, n.1, p.51-57, jul. 2001.

MONTENEGRO, F.L.B.; BRUNETTI, R.F. Prótese dentária na terceira idade. **Anais... I ENCONTRO GERIATRIA APCD**. São Paulo: Casa do novo autor, 1999. p.70-77.

MONTENEGRO, F.L.B. *et ai.* Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente odontogeriátrico. **Atual Geriatria**, v.3, n.17, p.6-10, jun. 1998.

MONTENEGRO, F.L.B. **Revisão de técnicas para mensuração reabsorção óssea**. 52 p. São Paulo, 1989. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

MONTENEGRO/ F.L.B.; PEREIRA, C.M.M.S. **Efeitos bucais dos fármacos em Odontogeriatría**. 20 CONGRESSO PAULISTA DE ODONTOLOGIA. Tema Livre, sala 17, 29 jan. 2002.

NUNES, E. Avalista para idosos incita Procon. **Folha São Paulo**, v.81, n.26451, p.C-5, 03 set. 2001. OURIQUE, S.A.M.; MONTENEGRO, F.L.B. Considerações sobre interferências subjetivas em odontologia geriátrica, **Rev Paul Odontol**, v.20, n.4, p.41-44, set./out. 1998.

- QUELUZ, D.P.; DOMETTI, S.S. Expectativa do paciente em relação à prótese total. **PCL**, v.2, n.9, p.57-63, set./out. 2000.
- SEGER, L. **Psicologia e Odontologia: uma abordagem integrada**. São Paulo: Santos, 1992. p.141-149.
- SGARIONI, M. Para uma mente saudável. **Revista Folha**, v.7, n.369, p.54-55, 30 maio 1999.
- SHEIHAM, A. *et al.* The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. **J Dent Res**, v.80, n.2, p.408-413, 2001.
- SHIMAZAKI, Y. *et ai.* Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. **J Dent Res**, v.80, n.1, p.340-345, 2001.
- SOUZA, C.P.; TAMAKI, R. Implicações do uso de prótese total na geriatria. **ROBRAC**, v.6, n.19, p.29-31, 1996.
- SOUZA, H.R. **3 sugestões para equilíbrio oclusal em próteses totais duplas**. 20 CONGRESSO PAULISTA ODONTOLOGIA. Tema Livre, sala 16, 29 jan. 2002 e em: hirebe@aol.com.
- TAMAKI, T. **Dentaduras completas**. 4.ed. São Paulo: Sarvier, 1988. 244p.
- TURANO, J.C.; TURANO, L.M. **Fundamentos de prótese total**. 4.ed. São Paulo: Quintessence, 1998. 560p.
- TURVEY, C.L. *et al.* Conjugal loss and depression in elders aged 70 or more. **Ciências e novidades (BYK)**, v.3, n.13, p.21, maio 2000.
- WOLF, S.M.R. O significado psicológico da perda dos dentes. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.52, n.4, p.307-316, jul/ago.1998.
- WOSTMANN, B.; SHULZ, H.H. **Prótese total atlas colorido**. Tradução: Fernando Luiz Brunetti Montenegro. São Paulo: Santos, 1991. 124p.
- ZWETCHKEMBAUM, S.R.; SHAY, K. Prosthodontic considerations for the older patient. **Dent Clin North Am**, v.41, n.4, p.817-845, oct. 1997.