

RELAÇÃO DOENÇA PERIODONTAL E TERCEIRA IDADE

Resumo do apresentado no trabalho de conclusão de especialização em Periodontia na Odontoclínica de Aeronáutica Santos Dumont, em 12/12/1997.

FABÍOLA CHAVES FERNANDES

Especialista em Periodontia

Aluna do curso de especialização em Odontogeriatría na OCEX

A terceira idade é a fase da vida que se inicia aos 60 anos. Em alguns países ela pode ser elevada para 70-75 anos, devido ao aumento da expectativa de vida, seja pelas melhorias nas condições sanitárias ou pelo desenvolvimento bio-tecnológico.

No início do século, um brasileiro aos 40 anos já era considerado velho. Hoje a média de vida de nossa população está em torno dos 67 anos (OMS).

O estudo da terceira idade divide-se em geriatria, que se preocupa com as doenças relacionadas ao idoso, e a gerontologia, que se ocupa do idoso saudável, ou seja, aquele que está em equilíbrio físico e mental. Vem daí a estreita relação da medicina com a psicologia.

Em relação à doença periodontal, a auto-estima é um fator decisivo para o seu desenvolvimento, visto que essa é comprovadamente placa desencadeante e que para removê-la é necessário vontade própria.

Passamos boa parte da nossa vida acadêmica tentando perpetuar estados mórbidos, seja cárie, seja doença periodontal. Descobriu-se que é possível promover saúde oral onde só se pensava haver doença. Também se aprendeu a ser realista. A doença existe e deve ser controlada, mas ela não se chama velhice.

Os jovens de hoje serão os maiores beneficiados com a prática de prevenção, isso significa que teremos daqui a alguns anos uma população idosa muito mais saudável.

Esses idosos, até em maior número, estarão ainda no mercado de trabalho, no meio acadêmico e em nossos consultórios. Estamos realmente preparados e qualificados para atendê-los?

O objetivo desse trabalho é revisar os dados existentes na literatura a respeito das mudanças ocorridas com o envelhecimento nos tecidos periodontais e suas possíveis soluções.

A partir do início desse século, a sociedade assistiu a muitas transformações na economia, política, artes e, principalmente, na medicina, que conheceu a cura para algumas doenças ditas “fatais”.

As duas grandes guerras mundiais contribuíram de maneira decisiva para a busca de novas drogas e tratamentos alternativos para as diversas enfermidades. Isso mudou a pirâmide etária e provocou certa curiosidade em se descobrir o que verdadeiramente estaria relacionado ao envelhecimento.

Os estudos iniciaram-se no tecido cutâneo, posto que parecia ser o que mais sofria com os efeitos do avanço da idade, principalmente em uma sociedade tão preocupada com a estética como a sociedade capitalista. Os achados na epiderme foram semelhantes aos do tecido oral.

A perda da elasticidade (SOUTHAM, 1971) estaria relacionada à diminuição da síntese de fibras (MARKS, 1988; YAAR & GILVHREST, 1993), embora o número de fibroblastos não estivesse alterado (HOLM-PEDERSEN & LÖE, 1974). As fibras são as principais formadoras do tecido conjuntivo, conferindo a esse elasticidade e resiliência. Isso parece ficar muito claro se pensarmos nos tecidos bucais. A mucosa frouxa é rica em fibras elásticas, o que lhe confere mobilidade. O tecido conjuntivo da gengiva apresenta grande quantidade de fibras colágenas, dando-lhe características que o permitem chamá-lo de periodonto de proteção.

2) Fator etiológico da doença periodontal

Ao se descobrir que a saúde dos tecidos orais estava diretamente relacionada à placa bacteriana (LÖE, THEILADE & JENSEN, 1965), todas as demais pesquisas desenvolvidas concluíram que, na doença periodontal, a bactéria, mais precisamente seus produtos metabólicos, estão relacionadas à destruição tecidual, seja por agredir diretamente os componentes do tecido, seja por desencadear a reação inflamatória que gera tal destruição (FIGUEIREDO, 1997), constituindo-se, então, no fator etiológico primário.

Atualmente considera-se a doença periodontal como sendo multifatorial, incluindo a ativação do sistema imune, alterações no metabolismo do tecido conjuntivo, produção de proteínases e citocinas, destruição dos tecidos do hospedeiro por enzimas bacterianas, fatores de virulência e uma multiplicidade de outros mecanismos (RATCLIFF & JOHNSON, 1999).

3) alterações teciduais nos tecidos periodontais durante o envelhecimento

Visto que a placa bacteriana é considerada a principal causadora da doença periodontal, veremos como o tecido periodontal do idoso se comporta frente à ela e como ele se altera com o avanço da idade.

O epitélio juncional forma uma barreira física devido a sua descamação, e esse processo diminui com o envelhecimento (LEYDEN, GINLEY & GROVE, 1978).

A resposta imune tenta localizar a inflamação e impedir que ela atinja outros órgãos. Na terceira idade sua ativação está comprometida (HIROCAWA, 1988; BEN-YEHUDA & WEKLER, 1993), o que explica o aumento na frequência de agressão por agentes patogênicos como candidíase (SOUTHAN, 1971), infecções fúngicas e virais, mas não bacterianas (PAGE, 1984).

No periodonto de sustentação, os tecidos ósseos parecem manter a sua capacidade de regeneração (BARNETT & ROWE, 1986), o que sugere que sua capacidade de se restabelecer após a agressão da doença periodontal permanece a mesma. O ligamento periodontal apresenta menor número de restos epiteliais, estruturas relacionadas à manutenção do seu espaço (STERRETT, LINDE & BERGHLUNG, 1993).

4) Doença periodontal

Alguns indivíduos com menos de 65 anos podem apresentar doença periodontal, por vezes muito severa como a periodontite juvenil, que acomete adolescentes e adultos jovens. Quando compara-se indivíduos jovens susceptíveis a idosos não susceptíveis à doença periodontal, a inflamação se desenvolve nos jovens com maior rapidez e intensidade que nos idosos (CARRANZA, 1997).

Além disso, avaliando-se o percentual dos problemas de saúde bucal em idosos, encontra-se maior incidência de cárie que de doença periodontal (SALIBA, MARCELINO & MOIMAZ, 1999), pois a cárie ainda é a doença bucal mais freqüente em nosso meio (SBBG, 1994).

Alguns autores acreditam que a incidência da doença periodontal é proporcional ao envelhecimento, pelos efeitos cumulativos dos surtos de progressão ao longo dos anos (VEHKALANTI, 1989; CORMACK, 1996). Há os que constataram isso, mas o correlacionam ao índice de placa e de higiene oral (DOUGLAS, GILLINGS & SOLLECITO et al, 1983). A maior retenção de dentes também pode ser considerada como um fator que desencadearia a manifestação da doença. O fato é que sua progressão depende de muitos fatores ainda não tão claros.

Estudos longitudinais mostraram que a prevalência da doença periodontal atinge seu máximo aos 50-60 anos, sofrendo um declínio gradativo posteriormente (LINDHE, 1999).

Ao considerarmos a placa bacteriana o principal agente etiológico local primário da doença periodontal, sua remoção seria suficiente para controlar a infecção e com isso a inflamação dos tecidos orais (LÖE, THEILADE & JENSEN, 1966). Se levarmos em conta que todo idoso goza de saúde física e mental para desempenhar tal função, devemos buscar conhecer os fatores que realmente o impedem de executá-la e as possíveis soluções.

Quando se considera que na periodontite avançada a progressão da doença ocorre comprometendo novos sítios (BAELUM, WEN-MIN & DAHELEN et al., 1993), entende-se que se o paciente se submeter ao tratamento periodontal no início da doença, seria possível controlá-la, ficando esse estreito vínculo entre ela e o paciente idoso desfeito.

Algumas enfermidades mais freqüentes em idosos devem ser estudadas, por se associarem ou não à doença periodontal.

5) Diabetes

O diabetes é uma doença que acomete grande parte dos idosos.

A maior susceptibilidade à infecção nesses pacientes (ANIL, REMANI & VIJAYAKUMAR et al., 1990) leva a crer que, sendo a patologia periodontal de origem bacteriana, sua prevalência e severidade são maiores em pacientes diabéticos. (CIANCOLA, PARK & BRUCKE et al., 1982)

Além dos efeitos nocivos aos tecidos orais, como deficiência na cicatrização, ainda desregula a atividade imunológica (ALLISON, SCHOLEMMER & BITTERSUERMANND, 1976).

A doença periodontal caracteriza-se por ser uma resposta fisiológica a uma agressão. Essa resposta é dada através do sistema imune, que estando comprometido no paciente diabético, aumenta a incidência de periodontite nesses pacientes (CAMPBELL, 1970), embora alguns autores não tenham encontrado correlação entre o estado de diabetes e a doença periodontal (BARNETT, BAKER & YANCEY et al, 1984).

Quando compara-se diabéticos insulino dependentes a não diabéticos em relação ao índice de placa, índice gengival, profundidade de bolsa e perda óssea, encontra-se índice gengival e de placa muito mais altos em diabéticos, mas a

profundidade de bolsa não apresenta diferenças estatísticas entre os dois grupos e a perda óssea não demonstra diferenças tão acentuadas (NOVAES JR, PEREIRA & MORAES et al, 1991).

Em relação aos não insulino-dependentes, acredita-se que o risco de se desenvolver a doença periodontal aumente independentemente do sexo, idade, higiene ou qualquer outro índice gengival (EMRICH, SHLOSSMAN & GENCO, 1991), ainda que esse fato esteja mais relacionado aos diabéticos não controlados e àqueles com a doença de longa data, onde o risco é alto (OLIVER & TERVONEN, 1994).

Em diabéticos não insulino-dependentes controlados a perda de inserção e de elementos dentários parece ser menor, enquanto que a profundidade de bolsa é maior se comparado a não diabéticos (OLIVER & TERVONEN, 1994).

6) Osteoporose

Outra doença freqüente, principalmente em mulheres, é a osteoporose. Caracteriza-se pelo desequilíbrio entre deposição e reabsorção óssea. Ela pode ser pós-menopausa e senil, após os 75 anos. Na doença periodontal temos uma reabsorção óssea patológica, que se agravaria com esse desequilíbrio.

A perda óssea é significativamente maior em mulheres com osteoporose, o que sugere que, na osteoporose severa, a redução do conteúdo mineral ósseo seja responsável por essa perda nos casos de doença periodontal (WOWERN, KLAUSEN & KOLLERUP et al., 1990).

Essa perda óssea é inevitável, mas alguns autores não a relacionam a maior suscetibilidade à doença periodontal, pois estudos em ratos mostraram que a perda óssea está relacionada às mudanças funcionais associadas ao envelhecimento (BANETT & ROWE, 1986).

Exceto em casos extremos, não há evidências •••••êmicas sejam importantes para a perda do osso alveolar em humanos (GENCO, 1996).

7) Depressão

O problema é que o paciente idoso raramente procura o serviço de saúde (SANTIAGO, 1996). Esse fato é explicado pela sua completa negação física. Para agredir a sociedade que julgam não se importar com a questão da terceira idade, acabam abandonando hábitos rotineiros (SILVA, 1994).

Não estamos preparados para esse envelhecimento populacional, mas devemos estar, posto que isso está ocorrendo mundialmente e especificamente no Brasil. Pensamos que a idade nos priva de sensações agradáveis de utilidade, conforto econômico e beleza. Ninguém imagina que vai envelhecer. Pior: pensamos que não podemos tirar proveito disso ou sermos felizes.

A sociedade, sobretudo a capitalista, nos impõe um tipo de felicidade. Somos obrigados a casar, ou somos homossexuais. A ter filhos, ou jamais seremos felizes completamente. E somos obrigados a achar que nunca ficaremos velhos, pois é feio entrar pela porta da frente no ônibus, ter rugas e ser atendido em fila especial nos bancos.

Além da diminuição da capacidade cognitiva e de todas as patologias que o impedem de realizar sua higiene, ainda são vítimas do descaço e dos fatores psicológicos determinados por isso.

A depressão vem sendo considerada a “doença de fim de século” (SILVA, 1994). Atinge adultos e crianças e caracteriza-se por um sentimento generalizado de tristeza.

Para aqueles que durante toda a vida encararam a felicidade como sendo ter uma boa condição financeira, o sustento familiar através de seu trabalho e um físico

que não o impediu de continuar mantendo tudo isso, a terceira idade chega como uma bomba para destruí-la. Se não há felicidade, só resta a tristeza.

Não podemos negar essa exigência social, mas em sociedades menos competitivas os idosos desempenham papel ativo, participam das decisões intensamente e se consideram úteis (SIEGAL, 1989). Uma pessoa satisfeita não sente desejo de morrer, contudo, os índices de suicídio entre idosos são muito altos (AZPITARTE, 1995).

Para ocupá-los com algo que seja ao mesmo tempo agradável e que contribua para a sua autonomia, alguns projetos foram criados, como a Universidade da Terceira Idade, vinculada à Universidade Federal Fluminense, que oferece cursos e oficina de idosos. Além de proporcionar contatos sociais a essa população, restabelece um sentimento perdido: a auto-estima. Existem ainda grupos de fisioterapia que tentam encontrar o equilíbrio entre mente e corpo através do autoconhecimento e, principalmente, auto-aceitação (VILLAS-BOAS, 1994).

Os grupos de auxílio exercem uma influência positiva na auto-estima dos idosos, pois ensinam a envelhecer com dignidade e orgulho.

O conhecimento e o domínio do corpo tornam o idoso seguro e ele não tem mais medo de levantar-se da cama para escovar o dente ou evitar tomar banho para não cair no banheiro. Isso fica claro quando vemos pessoas com mais de 60 anos que não abandonaram suas atividades.

8) prevenção

Tem-se a idéia que prevenção só serve para crianças. Prevenir é interferir no curso da doença ou evitar que ela se instale. Como foi mostrado nessa revisão, doença periodontal e terceira idade não são necessariamente dependentes. Na verdade, não existem doenças bucais relacionadas ao envelhecimento cronológico (BAUM, 1991).

O paciente idoso sadio merece todos os cuidados preventivos conhecidos, tanto relativos à cárie, patologias periodontais e câncer oral. O próprio idoso sente necessidade em receber tratamento odontológico, sendo capaz de avaliar suas necessidades e seus problemas e, nesse caso, mostra-se motivado e colabora para o sucesso da terapia periodontal (SALIBA, MARCELINO & MOLMAZ et al., 1999) Àqueles com a doença já instalada será aplicado o tratamento convencional.

Se o controle da doença periodontal não for possível pela terapêutica básica, por dificuldade de controle de placa do paciente, recursos como o controle químico devem ser usados (BAAD & JOHNOSON, 1989; ALBANDAR, GSERMO & PREUS, 1994; FEFKOFF, BECK & HORTON, 1995; SCHOU, HOLM-PEDERSEN & LANG, 1996).

Se o problema for de origem sistêmica, como maior susceptibilidade à endocardite bacteriana (BARCO, 1991), ou em pacientes onde a infecção não pôde ser contida pela terapia convencional, pode-se lançar mão do uso de antibióticos (BECK, KOCH & ZAMBON et al, 1992; DRAKE, HUNT & BECK et al, 1993; SALLUM, NOCITI & TOLEDO et al, 1997), respeitando a fisiologia do idoso (LOTUFO, BUENO & COSTA, 1997).

- 3) As doenças freqüentemente relacionadas ao idoso, embora exerçam determinada influência sobre o curso da doença periodontal, constituem apenas fatores de risco e não determinam sua progressão.
- 4) O tratamento dado aos idosos portadores de doença periodontal é o mesmo dado aos demais grupos etários, observando apenas pequenas peculiaridades fisiológicas em relação à dosagem e aos fatores predisponentes, bem como em relação aos portadores de doenças sistêmicas e seus medicamentos.
- 5) Campanhas de prevenção e valorização do idoso devem buscar elevar a sua auto-estima e proporcionar seu bem estar físico, social e mental.
- 6) A velhice não é doença e por isso não deve ser encarada como tal, as manifestações físicas do envelhecimento são reais, mas elas não limitam a participação social do idoso nem os excluem.
- 7) A população idosa está crescendo e não estamos devidamente preparados para atendê-los. Não temos disciplinas em nossas faculdades que se preocupem com o atendimento direcionado ao idoso e suas peculiaridades.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de relacionar a doença periodontal à terceira idade. Mostra a fisiologia do envelhecimento nos seus aspectos biológicos, como a perda de água intracelular, a diminuição da síntese de fibras e a diminuição da ativação do sistema imune, aspectos sociais, como exclusão do setor produtivo e nos aspectos psicológicos, como a depressão e a influência da aposentadoria na auto-estima do idoso.

Esse caráter interdisciplinar proporciona uma visão ampla e detalhada desse processo, sem que se crie mitos e preconceitos, que costumam estar relacionados à velhice.

Apresenta estudos de 1971, quando se começou a se observar as modificações que ocorriam na pele e, a partir daí, nos tecidos bucais, mais significativamente no periodonto.

Nos dias atuais, quando o assunto está em evidência, encontramos muitos artigos que buscam elucidar as possíveis relações da doença periodontal com doenças sistêmicas preexistentes. Nesse contexto temos a diabetes mellitus e a osteoporose como doenças de origem biológica. Em ambos os casos, a patologia periodontal não parece ser determinada por nenhuma delas, embora possam ser consideradas fatores de risco para a sua progressão.

Como doença de origem não biológica, ou de origem psico-social, temos a depressão, que atua diminuindo a auto-estima do idoso e afastando-o de suas atividades corriqueiras. Isso interfere diretamente no curso da doença periodontal, uma vez que é necessária a participação e a colaboração do paciente para o sucesso da terapia.

A prevenção vem sendo a arma dos diversos profissionais que estão envolvidos com a questão do idoso para limitar os aspectos nocivos do descaso com os velhos e mostrar-lhes uma maneira prazerosa de se envelhecer com dignidade. Para isso ocupam-se com grupos de atendimento que conta com diferentes profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas e uma tanta variedade de outras especialidades.

A senilidade, suas dificuldades e limitações são atualmente encaradas de uma maneira natural e saudável pelo periodontista, visto que não existe correlação entre avanço da idade e doença periodontal.

Todo esse avanço científico nos leva a pensar se realmente temos uma política interessada no bem estar do idoso e se realmente estamos preparados, enquanto profissionais e autores sociais, para encarmos uma inversão acentuada na pirâmide etária.

Muitas sugestões de soluções para esse problema já foram colocadas em prática. Temos diversos grupos de terceira idade, inclusive em universidades federais, que se adaptaram à realidade brasileira e oferecem um atendimento holístico ao idoso.

Envelhecer não significa adoecer. Envelhecer faz parte do processo fisiológico e deve ser encarado com todo respeito, sem comportamentos abusivos e excludentes para com os velhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBANDAR, J. M., GJERMO, P., PREUS, H. R. Chlorhexidine Use after Two Decades of Over-the-Counter Availability. Journal of Periodontology. USA, p. 109-112, Feb. 1994.

ALLISON, A. C., SCHORLEMMER, H. U., BITTER-SUERMAN, N. D. Activation of Complement by Alternate Pathway as a Factor in the Pathogenesis of Periodontal Disease. Journal of Periodontology. USA, p. 1001-1003, Jan. 1976.

ANIL, S., REMANI, P., VIJAYAKUMAR, T. Et al. Total Hemolytic Complemente (CH50) and its Fractions (C3 and C4) in the Sera of Diabetic with Periodontosis. Journal of Periodontology. USA, p. 27-29, Jan. 1990.

AZPITARTE, E. L. Idade Inútil? São Paulo: Paulinas, 1995.

BAAD, D. A., JOHNSON, R. H., The effect of a New Electric Toothbrush on Supragingival Plaque and Gingivitis. Journal of Periodontology. USA, p. 336-341, Jan. 1989.

BAELUM, V., WEN-MIN, L., DAHLEN, G. Et al. Six-Year Progression of Destructive Periodontal Disease in 2 S ubgroups of Elderly Chinese. Journal of Periodontology. USA, p. 891-899, Sep. 1993.

BARCO, C. T. Prevention of Infective Endocarditis: A Review of the Medical and Dental Literature. Journal of Periodontology. USA, p. 510-523, Aug. 1991.

BARNETT, M. L., BAKER, R. L., YANCEY, J. M., et al. Absence of periodontitis in a population of insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) patients. Journal of Periodontology. USA, p. 402-411, 1984.

BARNETT, N. A., ROWE, D. J. A Comparison of Alveolar Bone in Young and Aged Mice. Journal of Periodontology. USA, p. 447-452, Jul. 1986.

BECK, J. D., KOCH, G. G., ZAMBON, J. J. Et al. Evolution of Oral Bacteria as Risk Indicator of Periodontitis in Older Adults. Journal of Periodontology. USA, p. 93-99, Feb. 1992.

BEN-YEHUDA, A., WEKSLER, M. E. Immune Senescence: Mechanisms and Clinical Implications. Journal of Geriatric Dermatology. USA, p. 77-84, Dec. 1993.

CARRANZA, F. A. , NEWMAN, M. Periodontia Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

CIANCOLA, L. J., PARK, B. H., BRUCK, E. Et al. Prevalence of Periodontal Disease in Insulin Dependent Diabetes Mellitus. Journal of American Dental Association. USA, p. 653-660, Dec. 1982.

CORMACK, E. Saúde Oral do Idoso. Artigo apanhado via internet em 30/05/1997 no seguinte endereço eletrônico: [www. Odontologia.com.br/artigos/geriatria.html](http://www.Odontologia.com.br/artigos/geriatria.html).

DOUGLASS, C., GILLINGS, D., SOLLECITO, W. Et al. The potent ion of Increase in the Periodontal Disease of Aged Population. Journal of Periodontology . USA, p. 721-730, Dec. 1983.

EMRICH, L. J., SHLOSSMAN, M., GENCO, R. J. Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus. Journal of Periodontology. USA, p. 123-131, Feb. 1991.

FIGUEIREDO, C. M. S. Fatores Etiológicos no Fluido Gengival. Artigo apanhado via internet em 30/05/97 no s eguinte endereço eletrônico: <http://www.odontologia.com.br/artigos/periodontite-fatores.html>.

HIROCAWA, L. Aging and the Immune System. Journal of Periodontology. USA, p. 77-84, Dec. 1988.

HOLM-PEDERSEN, P., LÖE, H. Would Healing in the Gingiva of Young and Old Individuals. Journal of Periodontology. USA, p. 40-53, Jan. 1974.

LEYDEN, J. J., MCGINLEY, K. J., GROVE, G. L. Age-Related Difference in the Rate of Desquamation of Skin Surface Cells. Journal of Periodontology. USA, p. 297, Jan. 1978.

LINDHE, J., KARRING, T., LANG, N.P. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

LÖE, H., THEILADE, E., JENSEN, S. B. Experimental Gingivitis in Man. Journal of Periodontology. USA, p. 177-187, Dec. 1965.

MARKS, G.L. Alteration of the Function of Skin with Aging. Journal of Periodontology. USA, p. 56-72, Feb. 1988.

NOVAES, A. B. J., PEREIRA, A. L., MORAES, N., NOVAES, A. B. Manifestation of insulin- dependent diabetes mellitus in the periodontium of young Brazilian patients. Journal of Periodontology. USA, p. 116-122, Feb. 1991.

OLIVER, R. C., TERVONEN, T. Diabetes- A risk for periodontitis in adults? Journal of Periodontology. USA, p. 530-538, May. 1994.

PAGE, R.C. Periodontal disease in the elderly: a critical evaluation of current information. Gerontology. USA, p. 63, 1984.

RATCLIFF, P. A., JOHNSON, P. W. The relationship between oral, gingivitis and periodontitis: a review. Journal of Periodontology. USA, p. 485-489, 1999.

SALIBA, C. A., SALIBA, N. A., MARCELINO, G., MOIMAZ, S. A. S. Auto-avaliação de saúde na terceira idade. RGO. Brasil, p. 127-130, 1999.

SANTIAGO, J. F. A Odontologia na Terceira Idade. CRO/Notícias. Brasil, p. 4, F ev. 1996.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG-RJ). Caminhos do envelhecer. 1º ED. Rio de Janeiro: REVINTER, 1994

SIEGAL, B. S. Amor, Medicina e Milagre. 2º ED. São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, M. A. Quem Ama não Adoece. 8º ED. São Paulo: Best Seller, 1994.

SOUTHAM, J.C. Retention Mucocelas of the Oral Mucosa. Journal of Oral Pathology. USA, p. 197-201, Dec. 1971.

STERRETT, J. D., LINDLE, J., BERGHLUND, L. Epithelial Remnants in the Cresta Periodontium of the Dog. Journal of Periodontology. USA, p. 109-116, Jun. 1993

YAAR, M., GILCHREST, B. A. Cellular and Molecular Mechanisms of Coetaneous Aging. Journal of Dermatological Surgery Oncology. USA, p. 915-923, Dec. 1993.

WOWER, N. V., KLAUSEN, B., KOLLERUP, G. Osteoporosis: A Risk Factor in Periodontal Disease. Journal of Periodontology. USA, p. 1134-1138, Dec. 1994.

VEHKALAHTI, M. Occurrence of Gingival Recession in Adults. Journal of Periodontology. USA, p. 599-603, Nov. 1989.

VILAS-BOAS, M. Terceira Idade: Uma experiência de Amor. 2º ed. são Paulo: Paulinas, 1994.