

# INTERAÇÕES ENTRE A MEDICINA E A ODONTOLOGIA NO TRATAMENTO DO PACIENTE GERIÁTRICO –

P A R T E I

Carlos Eduardo MANETTA(\*)  
Ruy Fonseca BRUNETTI(\*\*)  
Fernando Luiz BRUNETTI MONTENEGRO(\*\*\*)

PALAVRAS-CHAVE: Odontogeriatrics, gerontology, geriatric health

KEY WORDS : Geriatric Dentistry, gerontology, geriatric health

## RESUMO

Os autores, nesta sequência de artigos publicados durante o ano de 1998 nesta conceituada revista científica ( 2,3,9 ) têm procurado mostrar as diversas áreas de confluência entre o médico e o cirurgião-dentista no tratamento do paciente geriátrico, que longe de uma padronização entre os indivíduos como se faz erradamente , diga-se de passagem, nos mais jovens, o indivíduo idoso nos obriga a um detalhado estudo interdisciplinar tanto médico como odontológico de cada paciente, pois as complexidades porventura nele existentes, com certeza serão diferentes de outros indivíduos da mesma faixa etária e sexo. O conhecimento compartilhado entre todos os profissionais que atendem este paciente procurará ser focado neste grupo final de matérias.

## INTRODUÇÃO

Para ambas as áreas , Medicina e Odontologia, estes são os melhores e piores tempos: melhores, porquê com o aumento da expectativa de vida, uma grande massa de indivíduos idosos irão freqüentar nossos consultórios e ambulatórios,afastando, em parte o espectro de crise observado neste final de século e piores, porquê o número de profissionais especializados em ambas as áreas é bastante diminuto,com especial destaque negativo para a Odontologia <sup>2, 3</sup>

Também é o melhor dos tempos por causa de novas terapias que têm tratado com sucesso doenças outrora consideradas como fatais. Doenças crônicas, incluindo nestas algumas malignidades de crescimento lento,podem geralmente serem superadas permitindo uma vida normal.

As diversas estratégias preventivas, já bastante difundidas desde os anos 50 nos países do 1º Mundo e depois divulgadas mesmo com falhas e descontinuidade por vários países em crescimento e somadas às medidas estruturais ( educação,saneamento básico, maior dotação orçamentária para a saúde,etc..) têm causado, de fato(conforme as projeções populacionais para o próximo século) uma redução efetiva da prevalência da maioria das doenças infantis,(por exemplo:as cáries dentárias) fazendo com que ocorra um aumento da expectativa de vida tanto nos países mais ricos como nos ditos "emergentes" <sup>2, 4</sup> .

Este maior número de idosos beneficiados por esta longevidade acabam por ter necessidades de cuidados com a saúde únicas. Tanto para a Medicina como para a Odontologia,isto significa desenvolver novos critérios para a determinação e tratamento das doenças e queixas que são comuns na 3ª Idade.

Os médicos e os dentistas responsáveis pelo cuidado aos pacientes idosos devem trocar informações sobre suas habilidades clínicas e teóricas sobre este grupo etário, pois doenças e injúrias que afetam apenas temporariamente os indivíduos mais novos podem causar sérias conseqüências para os pacientes idosos,que podem vir a perder sua independência,terem de ser colocados em casas de repouso/hospitais ou até chegarem a óbito.Da mesma forma que o tratamento infantil exige capacitações especiais por parte destas duas áreas de saúde, o mesmo

acontece com a população acima de 60/65 anos de idade. Se os profissionais faziam residência / especialização em pediatria, o mesmo é vital para o adequado tratamento dos idosos,mas, especialmente no Brasil, tal preocupação é vista com reservas tanto pela Medicina (pelo baixo número de geriatras formados até hoje) como pela Odontologia ( que salvo 1-2 escolas entre mais de 100 no país incluem a odontogeriatrics como parte do currículo de Graduação) <sup>4, 6</sup>.

Este artigo e sua seqüência (no próximo número) salientam diversos aspectos patológicos comuns na 3ª idade- se bem que estes seriam mais de 150-200 com implicações bucais conhecidas, e procuraremos nos concentrar nas mais importantes e que causam comprometimento ao trabalho odontológico e/ ou na qualidade de vida dos indivíduos afetados. Estas condições são exemplos primários da comorbidez – que é um conceito de análise e avaliação da população geriátrica na qual fatores bucais pode exacerbar a evolução da doença e/ou têm um importante papel no agravamento do distúrbio apresentado pelo indivíduo.

## **Doenças Cerebrovasculares**

### ***Enfoque médico***

Cerca de 1 % da população da América do Norte já passou por um derrame na vida e 10% deste número de indivíduos é a quantidade de casos de derrame a cada ano. Felizmente a maioria deles sobrevive mas volta para casa com defeitos neurológicos residuais que comprometem sua independência funcional. Nos últimos três anos , duas drogas foram apresentadas para estes casos e cerca de 20 estão em desenvolvimento e/ou fase de aprovação pela Food and Drugs Administration dos U.S.A.<sup>4</sup>.

Interessantes avanços estão sendo feitos na prevenção deste problema e ,à exemplo de diversas outras doenças, a atuação profissional eficaz logo nos primeiros sinais de derrame podem prevenir uma deficiência maior e/ou morte. Esta intervenção precoce é um novo meio de tratamento deste dramático evento de saúde,que outrora era considerado como irreversível.

Assim como no caso do ataque cardíaco , a educação/conscientização da população é vital sobre estes primeiros sinais de derrame, de modo a que estes indivíduos sejam levados a um pronto socorro – capacitado- tão rápido quanto for possível. Ao contrário da dor no peito ou alterações de pressão , a dificuldade é que os sintomas de um derrame iniciante podem ser transitórios e podem influir em uma grande variedade de sensações e/ou funções motoras.

Estando uma vez claramente caracterizado o derrame em um paciente, o tempo de demora até poder receber o tratamento adequado é crítico na determinação da extensão do inevitável dano cerebral. É vital que todos os membros da equipe de saúde estejam conscientes da necessidade

de atender um derrame em andamento com a mesma rapidez e eficiência que é geralmente cercada a condição de infarte do miocárdio <sup>7</sup> .

Os medicamentos anticoagulantes, que ajudam a reduzir os riscos de uma embolia circulatória no cérebro, por meio de sua ação sistêmica, e mesmo a cirurgia, são os meios mais efetivos que dispõem os pacientes com risco de derrame. Os anticoagulantes orais antagonizam a vitamina K, inibindo a formação de coágulos em idosos com risco de desordens tromboembólicas, porém é importante salientar o critério que deve-se ter na interrupção de seu uso, que pode levar a tromboes sérias ou até fatais como seria possível de ocorrer na cirurgia realizada na carótida, na qual se remove fragmentos e/ou placas de colesterol que poderiam tanto perfurar, criar êmbolos ou ocluir a vascularização cerebral e levar a um derrame isquêmico, sendo também um recurso de excelente aplicação clínico/preventiva <sup>10</sup> .

Também o uso constante de anticoagulantes pode levar os pacientes a efeitos colaterais, seja por sensibilidade ao sal do fármaco, múltiplas doenças sistêmicas ou diversas medicações podem aumentar o risco de interações droga-droga. Com aumento da capacidade anticoagulante como ocorre com os salicilatos, tetraciclina, metronidazolina, enquanto que, por exemplo, o fenobarbital e corticoesteróides diminuem a capacidade anticoagulante.

Quando temos um derrame isquêmico em andamento, os agentes trombolíticos podem restaurar o fluxo sanguíneo cerebral, desde que sejam administrados antes que danos irreversíveis tenham ocorrido. Um dos antitrombolíticos mais indicado é o persantin (dipiridamol), que diminui a adesividade das plaquetas e é usado na prevenção do infarte do miocárdio recorrente e derrames tromboembólicos relacionados aos ataques isquêmicos transitórios. A aspirina, a qual é disponível em qualquer farmácia do mundo, é a droga antitrombolítica mais comumente usada sozinha ou em combinação com o dipiridamol <sup>4, 7</sup> .

### ***Considerações Odontológicas***

A maioria das avaliações sobre os pacientes que sofreram derrames esquece ou subestima seus efeitos sobre a condição bucal, especialmente por causa do importante papel do sistema estomatognático na nutrição e esta visão superficial prejudica as estratégias terapêuticas a serem empregadas nos casos e suas particularidades com evidentes influências na condição emocional dos pacientes após o derrame.

Os pacientes que perderam a capacidade de bem mastigar, sorrir ou falar são mais propensos à depressão, que são ocorrências comuns após um acidente cerebrovascular, como afirmaram BRUNETTI et al. <sup>2,3</sup> que ainda salientaram o papel das implicações psicológicas adversas na recuperação mental e física destas lesões que de provisórias podem se tornar permanentes já que uma atitude positiva frente à vida é fundamental no retorno, mesmo que parcial, à

normalidade por parte do indivíduo afetado especialmente se o mesmo ainda estava bastante ativo profissional e socialmente<sup>9</sup>.

PICLES et al.<sup>11</sup> ao se preocuparem com a comunicação com pacientes afásicos por causa de derrame indica a procura de técnicas não-verbais como o uso de pictogramas ,para que seu isolamento do "mundo do trabalho" não lhe seja tão "cruel" e se sinta mais integrado à sociedade.

À nível odontológico, a maior consequência de um derrame é a perda da habilidade manual necessária para a mais básica e importante tarefa no Sistema Mastigatório:realizar uma correta higiene bucal. Existem , felizmente , dispositivos simples para ajudar estes pacientes. Escovas de mão com sucores ,que com apenas uma mão disponível, permite ao paciente afetado limpar suas próteses,um importante complemento nas atividades de limpeza bucal após as refeições e que podem ser encontrados em casas cirúrgicas.

Devido à dificuldade motora e de apreensão de objetos, há a opção de se adaptar escovas de dentes a manetes de borracha das bicicletas/motocicletas ou de escovas de cabelereiro. Tais dispositivos que podem ser difíceis de obter ,podem ser bem substituídos pelas escovas elétricas modernas (Ex: Braun/Oral B) cujos movimentos/angulações estendidos(quando comparados às mais antigas) têm permitido índices de remoção de placa-a nível clínico- bastante satisfatórios tanto para pacientes afetados por derrame,como para os normais com habilidade motora diminuída<sup>4,9</sup>.

Também BRUNETTI et al.<sup>2,3</sup> nos alertam sobre o prejuízo na auto limpeza da face vestibular dos dentes nos pacientes que sofreram derrame,pois há perda da tonicidade muscular nas regiões onde ocorrem hemiparalisia facial, havendo a necessidade de intervenção do pessoal de apoio após cada ingestão de alimentos para impedir a rápida e consistente formação de placa bacteriana e a consequente inflamação gengival/ periodontal.

Segundo PAUNOVICH et al.<sup>10</sup> as drogas geralmente indicadas para os pacientes que sofreram derrame, podem causar diversos efeitos colaterais como:sangramento gengival,complicações na cicatrização de tecidos moles,estomatites,dor nas glândulas salivares,suores,ulcerações e principalmente a boca seca causada por uma diminuição do fluxo salivar (xerostomia parcial / total)que pode ser melhorada com um gel de 0,4 nF aplicado tópicamente antes de dormir e que ajuda na higiene bucal.Deve-se citar que a boca seca é um dos efeitos colaterais mais comuns das medicações na maioria das doenças passíveis de ocorrer com pessoas de 3ª idade.

Nos casos de gengivite,alguns autores recomendam o uso de bochechos de gluconato de clorhexidina,bem como instruções preventivas detalhadas para o pessoal de apoio :

familiares, enfermagem, acompanhantes, no intuito de esclarecer-lhes como devem proceder para obter bons índices de higiene bucal e conforto para o indivíduo afetado, sempre lembrando que o grau de conhecimento odonto/preventivo destas pessoas nunca é o desejado em um enfoque sério da questão, o que acaba levando a um rápido deterioramento das condições bucais que obriga a constantes e difíceis visitas a um cirurgião dentista, nem sempre especializado no atendimento a pacientes com estas condições clínicas e que pega a família já depauperada financeiramente e impossibilitada de comparecer a um odontólogo especializado em pacientes com dificuldades motoras sérias <sup>2, 7, 9</sup>.

À exemplo de diversas condições clínicas que citaremos nestes artigos, também no caso de pacientes que sofreram derrame, seus dentistas devem consultar o(s) médico(s) que lhes dão suporte em relação aos níveis de tromboplastina do plasma antes de ter de suspender o uso de anticoagulantes, para realizar limpezas, raspagens subgengivais e exodontias. Em tais pacientes, o antibiótico de escolha deveria ser a penicilina (em caso de alergia, o uso da cefalosporina é aconselhado) <sup>4</sup>.

## **Doenças Cardíacas**

### ***Enfoques Médicos***

Segundo MITRE <sup>8</sup>, as doenças cardiovasculares ocupam a liderança mundial como causa mortis em todo o mundo e no Brasil já são responsáveis por 300.000 óbitos anuais além de serem as que mais levam a faltas e licenças entre trabalhadores.

A hipertensão arterial, a doença de Chagas e a doença coronariana podem ser exemplos desse flagelo: 10 a 20 milhões de brasileiros sofrem de hipertensão arterial (dos quais 30% não sabem sequer que são portadores do problema), 7 milhões são chagásicos e cerca de 1/3 dos óbitos no Brasil são ocasionados por doenças coronarianas <sup>8</sup>.

Nos E.U.A., a F.D.A. aprovou mais de 100 novos fármacos para o tratamento de doenças do coração e outras 60 estão em fase de aprovação e muitas opções são agora disponíveis no tratamento da doença cardíaca aterosclerótica. Estas incluem mudanças no estilo de vida como dieta alimentar adequada, exercícios físicos, eliminação do fumo e controle do peso, e também diminuição dos níveis de colesterol, controle da pressão arterial e angioplastia preventiva (nos casos indicados).

Além destes fatores supracitados, tem-se ainda o uso de anticoncepcionais hormonais, estresse emocional, taxa de fibrinogênio elevada, hiperuricemia, hematócrito alto, frequência cardíaca

basal alta e alteração eletrocardiográfica. Deve-se destacar a interação da diabetes mellitus neste quadro, com prevalência de 7,60 % (média) em 9 capitais brasileiras, com valores de 9,66% em São Paulo e 8,89% em Porto Alegre, enquanto que nos U.S.A. a prevalência de diabetes é de 6,6%, o que levou a ser considerada como um problema de saúde pública naquele país, mas tal movimentação não se vê no Brasil<sup>8</sup>.

Para os casos mais graves, as cirurgias das artérias torácicas internas, das veias safena e até transplante cardíaco, se colocam como meios de tratamento viáveis, ainda que radicais, especialmente as tentativas de resolução do mal de Chagas e seus danos cardíacos atualmente tentadas por transplantes no Instituto do Coração/FMUSP em São Paulo<sup>8</sup>.

Os medicamentos usados nos diversos tipos de doenças cardíacas podem variar passando desde os inibidores das enzimas conversoras da angiotensão (em inglês: ACE), bloqueadores canaliculares de cálcio até os diuréticos, bloqueadores alfa e beta, antianginólicos (nitroglicerina) e a digoxina. Vários são os efeitos destas drogas como náusea e vômitos (digoxina), gengivite (procardia), boca seca (diuréticos, ACE, bloqueadores de cálcio, bloqueadores beta, digoxina), sensação de sede aumentada (diuréticos), reação liquenóides à droga (diuréticos, ACE, bloqueadores beta), mudanças no gosto (ACE, antianginólicos), angioedema nos lábios, língua e mucosa (ACE), hiperplasia gengival (bloqueadores de cálcio), glossite (anti-anginólicos) e gosto metálico (digoxina)<sup>10</sup>.

Talvez o aspecto mais complexo sejam as diversas interações entre estas inúmeras drogas para problemas cardíacos (e/ou sua prevenção) com outros fármacos que o paciente possa estar ingerindo por conta de algumas afecções decorrentes da idade (como diabetes, por exemplo), somado aos próprios efeitos adversos deste vasto grupo de drogas que variam desde distúrbios metabólicos, confusão, hipotensão ortostática, passando por neutropenia, disritmia, fala confusa, reflexo gastroesofágico até fraqueza muscular e sangramentos. Vale citar que no capítulo das interações os bloqueadores beta diminuem o metabolismo da lidocaína (um dos anestésicos usados em Odontologia) e a dos diuréticos com os corticoesteróides, anti-inflamatórios e as tetraciclina, passando pelos antiácidos nos ACE e digoxina, sendo que nesta última droga interações com a eritromicina também ocorrem, por isto PAUNOVICH et al.<sup>10</sup>. Salientam ainda o amplo conhecimento do universo de drogas ingeridas pelo paciente - daí uma anamnese detalhada no histórico médico do mesmo.

### **Considerações odontológicas**

Segundo BERG; MORGENSTERN<sup>1</sup>, a alta prevalência de doenças artério-coronarianas ocultas em pacientes idosos deve ser sempre considerada. A fibrilação é outra condição patológica que aumenta com a idade e está associada com os anticoagulantes usados para evitar os derrames.

A análise dos riscos permite ao cirurgião-dentista antecipar e prevenir os eventos adversos, sendo que talvez os mais sérios estão nos cardíacos (por exemplo: infarte miocárdio, angina, endocardite bacteriana ou piora da falha coronariana congestiva). No geral, procedimentos dentários eletivos não são recomendados nos primeiros 6 meses após um infarte do miocárdio.

O dentista deveria verificar se todos os pacientes com angina estão recebendo cuidados médicos regulares. Se o histórico médico encobre sintomas de angina que são novos, ou tenham tido uma mudança em frequência ou intensidade, o paciente deve ser encaminhado imediatamente para um médico e o trabalho odontológico (com envolvimento cardíaco/sistêmico claro) postergado. Os pacientes com uma angina estabilizada, devem ser solicitados a trazerem uma cápsula nova de nitroglicerina sublingual na consulta odontológica ou que, preferencialmente, o cirurgião dentista a tenha disponível (e com prazo de vencimento compatível) para uso constante <sup>4,7,8</sup>.

Os pacientes geriátricos podem necessitar de menores dosagens de anestésicos devido à redução de fibras nervosas decorrente da idade. Para relaxamento de ansiedade, a dosagem de benzodiazepinas deveria ser metade daquela dos adultos. Diversos autores recomendam o uso de 2 tubos/carpule de anestésico (Epinefrina 1:100,000) nas visitas odontológicas.

Outro ponto muito importante é o risco da endocardite bacteriana que, segundo a Associação Americana do Coração, devem ser analisadas as condições cardíacas do paciente e daí optarmos por uma profilaxia adequada ou não, prévia aos procedimentos odontológicos. Os indivíduos de alto risco de endocardite são aqueles que possuem válvulas protéticas, endocardite prévia, doença cianótica congênita e condutos cirúrgicamente construídos. Os de médio risco teriam má formação congênita (diversos tipos), disfunção adquirida das válvulas, cardiomiopatia hipertrófica e o até comum prolapso da válvula mitral. Continuam DAJANI ; TAUBERT (1997) <sup>5</sup> sobre a profilaxia : a tipo padrão envolve o uso de Amoxicilina (adultos 2,0 gr) via oral 1 hora antes do procedimento. Se o paciente não puder por via oral: ampicilina (adultos: 2,0 gr IM ou IV, cerca de 30 minutos antes do procedimento). Em pacientes alérgicos à penicilina optar por Clindamicina, Cefalexina ou Cefazolina nas dosagens específicas a cada uma <sup>5,7</sup>.

Já CARLSON ; KAMEN (1997) <sup>4</sup> afirmam que a profilaxia nos casos de prótese na válvula mitral só se justifica se houver um murmúrio sistólico ou o paciente for acima de 45 anos ou houver espessamento da válvula. Segundo eles, a Associação de Coração indica a profilaxia para todas as intervenções odontológicas que possam gerar sangramento, mas não nos casos de anestesia local.



Outros pontos que devam ser considerados quando estamos tratando pacientes cardíacos incluem:

- a) consultar o médico da paciente antes do tratamento odontológico é importante e deveria estar documentado junto à ficha clínica os pontos principais desta discussão;
- b) Consultas pela manhã (o mais cedo possível) são recomendáveis, porque as reservas dos pacientes são as maiores nesta parte do dia;
- c) Os pacientes cardíacos não deveriam ser reclinados (de acordo com preceitos ergonômicos), pois estes pacientes são mais propensos à hipotensão ortostática e síncope, bem como acham esta posição desconfortável e questionável;
- d) Antes de ser dispensado, deveríamos dar, aos pacientes cardíacos, cerca de 2 minutos sentado para que possam restabelecer seu balanço homeostático;
- e) Para pacientes muito ansiosos, parece ser adequada uma pré-medicação com um sedativo suave antes de realizar um tratamento mais extenso. Mais uma vez, o médico do paciente deve ser consultado e,
- f) Estar preparado para emergências: Por exemplo, manter cápsulas de nitroglicerina no consultório caso o paciente reclamar de dor semelhante à angina.

Atualmente os estudos estão concentrados em buscar correlações entre a doença cardiocoronariana e a doença periodontal, inicial e evoluída, em situações diversas daquelas da endocardite bacteriana<sup>12</sup>.

Concluindo este primeiro trabalho, é importante salientar que os ataques cardíacos, a trombose e os derrames cerebrais estão entre as doenças mais temidas em todo o mundo e que são responsáveis por um quarto do número total de mortes anuais, girando ao redor de 12 milhões de indivíduos. Em todo o mundo, matam mais pessoas do que qualquer outra doença e deixam milhões inválidas. Pior ainda, muitas vítimas estão abaixo de 65 anos de idade. Como estamos vivendo mais anos, tais mortes são prematuras causando angústia nas famílias e perda de talentos que muitos países necessitariam para seu desenvolvimento econômico, cultural e social.

No passado se dizia que tais doenças só afetavam as nações industrializadas,mas o quê se observa hoje é um grande número destas ocorrendo em países em desenvolvimento que não estão ainda sensibilizados à sua prevenção efetiva,pois muitos têm que se preocupar com questões básicas de sobrevivência e evitar doenças transmissíveis,algumas das quais até causam danos ao sistema circulatório.Nossa obrigação deve ser estar sempre alerta e pensar em todas as hipóteses para poder darmos o máximo de nós em benefício da saúde,seja a médica ,seja a odontológica dos nossos pacientes.

Assim sendo, saudemos com alegria os novos tempos de uma melhor integração entre a Medicina e a Odontologia agora pelos caminhos da Geriatria para onde diversos enfoques comuns convergem cada vez mais e torna-se ,para ambas, sublime e altamente gratificante poder com carinho e atenção cuidar desta última fase da vida dos pacientes engrandecendo sua dignidade e auto-estima.

(\* ) CARLOS EDUARDO MANETTA: Prof.AssistenteUNIP,Mestrando em Prótese Dentária, Especialista em Prótese Dentária

(\*\* ) RUY FONSECA BRUNETTI : Prof. TITULAR UNIP,PROF.EMÉRITO da UNESP, Consultor em Odontogeriatrics.

(\*\*\* ) FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO: Prof.Adjunto UNIP,Mestre e Doutor em Prótese Dentária,Especialista em Periodontia e Prótese Dentária.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BERG,R.;MORGENSTERN,N.E.** Physiologic changes in the elderly, Dent.Clin.North Am.v.41,n.4, p.651-68, Oct.1997.
- 2) BRUNETTI,R.F.,MONTENEGRO,F.L.B.,MANETTA,C.E.** Odontologia geriátrica no Brasil:uma realidade para o novo século,Atual.Geriatria v.3,n.15,p.26-9,Jan/Fev1998.
- 3) BRUNETTI,R.F.,MONTENEGRO,F.L.B.,MANETTA,C.E.** Funções do sistema mastigatório no paciente odontogeriatrico,Atual.Geriatria v.3,.16,p.6-9,Mar/Abr. 1998.

- 4) CARLSON,M.R.,KAMEN,S.**The interface between dentistry and medicine:a shared perspective,  
J.Ca.Dent.Assoc. v.63,n.1,p.42-5,January 1997.
- 5) DAJANI,A.S,TAUBERT,K.A.**Prevention of bacterial endocarditis.  
J.Am.Med.Assoc.v.277,n.22,  
p.1794-1800, June 1997.
- 6) KINA,S.** O ensino da odontogeriatria no Brasil:a experiência de Maringá.Rev.Odontol.Univ.  
São Paulo,v.10,n.1,p.69-73,Jan/Fev 1996.
- 7) LA ROCCA,C.D.,JAHNIGEN,D.W.** Medical history and risk assessment, Dent.Clin.North Am.  
v.41,n.4, p.669-79,October 1997.
- 8) MITRE,S.C.** Doenças cardiovasculares no Brasil:dados epidemiológicos e assistência médica ,  
Ministério da Saúde, Coordenação  
Cardiovasculares,Brasília,1993.
- 9) MONTENEGRO,F.L.B.,MANETTA,C.E.,BRUNETTI,R.F.**Aspectos psicológicos a notar no paciente odontogeriátrico.Atual.Geriatria.v.3,n.17,p.6-9,Mai/Jun 98
- 10) PAUNOVICH,E.D.;SADOWSKY,J.M.** Most frequently prescribed medications for the elderly.  
Dent.Clin.NorthAm. v.41,n.4,p.699-726,October 1997.
- 11) PICLES,B.,COMPTON,A.COTT,C.**Fisioterapia na terceira idade, São Paulo,Livraria Santos Edit.,  
1998, 498 p.
- 12) TAYLOR,G.,KNOWLER,W.**Periodontal disease as a predictor of cardiovascular disease.  
J.Dent.Res. v.76,n.4,p.408,Nov/Dec. 1997.

#### BOXES SUGERIDOS

Última cena de todas....é a segunda infância e absoluto esquecimento, sem dentes, sem olhos, sem gosto,sem qualquer coisa.  
William Shakespeare em As you like it

“Na Graduação o tratamento geriátrico é freqüentemente citado como a especialidade menos favorecida ”

“A maioria dos pacientes idosos devem ter a oportunidade de participar das decisões que digam respeito ao seu tratamento,seja qual for sua idade cronológica ”

As doenças cardíacas e as cerebrovasculares causam mais de 12 milhões de mortes todos os anos e podem ser prevenidas em sua maioria.